Das Problem der modernen Sozialversicherung

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

genehmigt von der

Philosophischen Fakultät der
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Von

Dimitrie Joanițescu

aus Bukarest in Rumänien

Tag der mündlichen Prüfung: 18. Februar 1937

Tag der Promotion: 20. Oktober 1937

Bukarest 1937

P 126

Berichterstatter:
Professor Dr. Paul Moldenhauer
Professor Dr. Dr. Jens Jessen

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern in Dankbarkeit gewidmet.

Das Problem der modern Sozialversicherung.

Seite

Einleitung . . . . . 1—10

Erster Abschnitt:

Geschichtlicher Überblick über den Ursprung der Sozialversicherung und ihre Entwicklung bis zur Gegenwart 11

Erstes Kapitel: Die Ursachen der Entstehung des Gedankens der Sozialversicherung . . . . . 12— 22

§ 1) Der Mangel an Selbstfürsorgepflichtbewusstsein 12

§ 2) Die Unzulänglichkeit des Arbeitseinkommens für eine Selbstfürsorge 15

§ 3) Exkurs: Soziale Fürsorge oder Sozialversicherung? 16

Zweites Kapitel: Die Entwicklung des Fürsorge- und Sozialversicherungsgedankens im Altertum und Mittelalter 22— 30

§ 1) Im Altertum: Die Existenzsicherung bei den alten Völkern. Die Armenpflege im alten Athen und Rom 22

§ 2. Im Mittelalter: Die Armenpflege unter dem Einfluss der christlichen Religion auf dem europäischen Kontinent. Die ersten Ansätze zu einer Sozialversicherung bei den alten Knappschaften und Zünften 25

Drittes Kapitel: Die Sozialversicherung in der Neuzeit 30— 68

§ 1) Die treibenden Kräfte für die Gestaltung der modernen Sozialversicherung 30

1. Die moderne industrielle Produktionsweise . . 30
2. Die Entstehung des Arbeiterproletariats . . . 31
3. Die soziale Einstellung der Arbeitgeber . . . 33
4. Das Eingreifen des Staates 35

§ 2) Die ersten Verwirklichungen der modernen Sozialversicherung 38
1. Die ersten Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeitnehmer 38
a) Die Unterstützungs- und Hilfskassen der Arbeiter 39
b) Die sozialen Unterstützungen der Arbeitervereine — Trade-Unions — Gewerkschaften — Syndicats ouvriers 43
2. Die Versicherungseinrichtungen der Arbeitgeber 43
3. Das Eingreifen des Staates — die Unternehmerhaftpflicht 47
§ 3) Die Gestaltung der modernen Sozialversicherung . 51
1. Die ersten allgemeinen Pflichtversicherungsgesetze 51
2. Die internationale Verbreitung der modernen Sozialversicherung vor dem Weltkrieg und während desselben 57
3. Die internationale Verbreitung der modernen Sozialversicherung nach dem Weltkrieg 59

Zweiter Abschnitt: Systematische Betrachtung und Leitgedanken der modernen Sozialversicherung 69

Viertes Kapitel: Der Umfang der modernen Sozialversicherung . . . . . 70—97

§ 1) Das rechtliche Verhältnis der zu versichernden Personengruppen zum Sozialversicherungsumfang: Versicherungspflicht, Versicherungsfreiheit, Versicherungsberechtigung 70
§ 2) Der Kreis der Versicherten 76
§ 3) Die einzelnen Zweige der Sozialversicherung . . 84

Fünftes Kapitel: Die Finanzierung der modernen Sozialversicherung . . . . . 97—121

§ 1) Finanzierungsgrundsätze: Selbsthilfe — Lastenverteilung 97
§ 2) Finanzierungsträger: Versicherte, Arbeitgeber, Staat 97
§ 3) Finanzierungstechnik: 110
1. Deckungssysteme: Umlageverfahren, Kapitaldekkungsverfahren 110

2. Berechnung, Verteilung und Erhebung der Sozialversicherungsbeiträge 114

Sechstes Kapitel: Die Organisation der modernen Sozialversicherung . . . . . 121—137

§ 1) Organisationssysteme: Einheitssystem — Mehrheitssystem 121
§ 2) Die Organisationseinheiten: Versicherungsträger 126
§ 3) Die innere Organisation der Versicherungsträger: Selbstverwaltung mit Staatsaufsicht — Verwaltungsorgane 131

Siebentes Kapitel: Die Leistungen in der modernen Sozialversicherung . . . . . 137—161

§ 1) Die Ursachen der Leistungen: Die Deckung der Bedarfsfälle — die Versicherungsfälle 137
§ 2) Die Arten der Leistungen 142
§ 3) Die Leistungen der Sozialversicherung in den einzelnen Versicherungszweigen 152

Dritter Abschnitt: Die gegenwärtige Lage der Sozialversicherung 163

Achtes Kapitel: Die gegenwärtige Lage der Sozialversicherung in Deutschland . . . . . 165—242

§ 1) Die Krankenversicherung 165
I. Der Umfang der Krankenversicherung . . . 166
II. Die Leistungen der Krankenversicherung . . 169
III. Die Aufbringung der Mittel in der Krankenversicherung 174
IV. Die Träger der Krankenversicherung 176
§ 2) Die Unfallversicherung: 180
I. Der Umfang der Unfallversicherung 180
II. Die Leistungen der Unfallversicherung . . . 183
III. Die Aufbringung der Mittel in der Unfallversicherung 189
IV. Die Träger der Unfallversicherung 191
§ 3) Die Rentenversicherung der Arbeiter — Invalidenversicherung 192
I. Der Umfang der Rentenversicherung der Arbeiter 193
II. Die Leistungen der Rentenversicherung der Arbeiter 193

III. Die Aufbringung der Mittel in der Rentenversicherung der Arbeiter 202
IV. Die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter 204
§ 4) Die Rentenversicherung der Angestellten — Angestelltenversicherung 206
I. Der Umfang der Rentenversicherung der Angestellten 207
II. Die Leistungen der Rentenversicherung der Angestellten 210
III. Die Aufbringung der Mittel in der Rentenversicherung der Angestellten 215
IV. Die Träger der Rentenversicherung der Angestellten 217
§ 5) Die Knappschaftsversicherung 217
I. Der Umfang der Knappschaftsversicherung . 218
II. Die Leistungen der Knappschaftsversicherung 220
III. Die Aufbringung der Mittel in der Knappschaftsversicherung 223
IV. Die Träger der Knappschaftsversicherung . 224
V. Die Wanderversicherung 225
§ 6) Die Arbeitslosenversicherung 227
I. Der Umfang der Arbeitslosenversicherung . . 228
II. Die Leistungen der Arbeitslosenversicherung . 230
III. Die Aufbringung der Mittel in der Arbeitslosenversicherung 234
IV. Die Träger der Arbeitslosenversicherung . . 235
§ 7) Die Versicherungsbehörden, das Verfahren und die Aufsicht in der deutschen Sozialversicherung 237

Neuntes Kaptiel: Die heutige Lage der Sozialversicherung in Rumänien . . . . . 242—273

§ 1) Der Umfang der rumänischen einheitlichen Sozialversicherung 243
§ 2) Die Leistungen der rumänischen Sozialversicherung 246
§ 3) Die Aufbringung der Mittel in der rumänischen Sozialversicherung 257
§ 4) Die Träger der rumänischen Sozialversicherung . 263
§ 5) Das Verfahren in der rumänischen Sozialversicherung 272

Vierter Abschnitt.

Die Problematik der Sozialversicherung . . 275

Zehntes Kapitel: Die Kritik der Sozialversicherung . 276—332

§ 1) Soziologische Kritiken 276
I. Vom Individuum abgeleitete Kritiken . . 276
II. Von der Familie abgeleitete Kritiken . . 280
III. Vom Volke abgeleitete Kritiken 283
§ 2) Sozial-ökonomische Kritiken . . . 293
I. Belastung der Wirtschaft und Steigerung des Preisniveaus 293
II. Unzufriedenheit des Ärztestandes 303
§ 3) Verwaltungstechnische Kritiken . 311
I. Gefahr der Bürokratisierung und der zu hohen Verwaltungskosten 311
II. Missbrauch der Sozialversicherungseinrichtungen — Versicherungsbetrug 318
§ 4) Die Forderung nach Abschaffung der Sozialversicherung und das Sparzwangssystem 325

Elftes Kapitel: Ergebnisse und Entwicklungstendenzen der modernen Sozialversicherung . . . . . 332—386

§ 1) Statistische Ergebnisse 332
§ 2) Die soziale Bedeutung der Sozialversicherung . . 345
I. Die Bedeutung der Sozialversicherung für die Arbeiterschaft 345
II. Die Bedeutung der Sozialversicherung für die Familie 350
III. Die Bedeutung der Sozialversicherung für die Arbeitgeberschaft 352
IV. Die Bedeutung der Sozialversicherung für Volk und Staat 356
1. Förderung der allgemeinen Volksgesundheit . . 356
2. Verminderung der Arbeitsunfälle, der Krankheits- und Invaliditätsunfälle, Schadenverhütung . . . 358
3. Mutterschaftsfürsorge und Bevölkerungspolitik 366
4. Sterblichkeitsrückgang 369
5. Förderung des Solidaritätsgedankens und Abschaffung des Klassenkampfes 373

6. Andere Vorteile der Sozialversicherung für den Staat 377
§ 3) Entwicklungstendenzen in der modernen Sozialversicherung 380
1. Entwicklungstendenzen hinsichtlich des Umfanges der Sozialversicherung 380
2. Entwicklungstendenzen hinsichtlich der Finanzierung der Sozialversicherung 383
3. Entwicklungstendenzen hinsichtlich der Organisation der Sozialversicherung 384
4. Entwicklungstendenzen hinsichtlich der Leistungen der Sozialversicherung 385

Zwölftes Kapitel: Das Problem der Vereinheitlichung der Sozialversicherungseinrichtungen . . . . . 386—405

Literatur . . . . . 407—416
Lebenslauf 417

Verzeichnis der Abkürzungen.

S. V. = Sozialversicherung.
R. V. O. = Reichsversicherungsordnung.
A. V. G. = Angestelltenversicherungsgesetz.
R. Kn. G. = Reichsknappschaftsgesetz.
A. V. A. V. G. = Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherungsgesetz.
I. A. A. = Internationales Arbeitsamt.
H. d. St. = Handwörterbuch der Staatswissenschaften.
W. d. V. = Wörterbuch der Volkswirtschaft.

Vorwort.

Die Anregung zu diesem Thema erfuhr ich von meinem Vater, der der Schöpfer des heute in Rumänien geltenden Einheitsgesetzes für das gesamte Sozialversicherungswesen des Landes ist. In dem Streben meines Heimatstaates nach einer Vereinheitlichung des Sozialversicherungswesens der einzelnen Landsteile nach dem Weltkrieg gewann ich den ersten Einblick in die Problematik der modernen Sozialversicherung. Wie wir im Verlauf dieser Untersuchung sehen werden, fand man in Rumänien die Lösung in dem sog. Einheitssystem, während wir in Deutschland den typischen Vertreter des sog. Mehrheitssystems sehen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit haben wir zur Charakterisierung der heutigen Lage in der Sozialversicherung unsere Ausführungen auf diese beiden Länder beschränkt, da wir glauben, dass die Sozialversicherungssysteme dieser beiden Länder sowohl die Haupttypen der modernen Sozialversicherung darstellen als auch die wichtigsten Repräsentanten der beiden Systeme sind.

Für den Aufbau und die Gliederung dieser Arbeit empfing ich von meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Moldenhauer, vielfältige Anregungen in seinen Vorlesungen und Seminaren. Für das stets rege Interesse und die bereitwillige Förderung schulde ich ihm aufrichtigen Dank.

Einleitung.

Um im Rahmen der gewählten Aufgabe die für eine wissenschaftliche Untersuchung notwendigen Abgrenzungen vornehmen zu können, bedarf es zunächst einer Erörterung des Begriffes „Sozialversicherung". Die Auffindung einer allgemein anerkannten und allgemien gültigen Begriffsbestimmung der Solzialversicherung in der Literatur stösst aber auf erhebliche Schwierigkeiten. Die einzelnen Lehrmeinungen sind nur im Zusammenhang mit der jeweiligen wirtschaftlichen Entwicklung des Landes zu würdigen, das dem Autor als Objekt seiner Untersuchungen diente. Die einzelnen Begriffsbestimmungen in der Sozialversicherung müssen demzufolge notwendigerweise voneinander abweichen, weil die Gestaltung der Sozialversicherung und ihre Grundelemente von Land zu Land verschieden sind und weil den einzelnen Autoren bei der Begriffsbildung verschiedene Merkmale als wesentlich erschienen.

Wir wollen daher im folgenden zunächst die u. E. wichtigsten Versuche einer Begriffsbestimmung der Sozialversicherung aufführen und dann versuchen, unsererseits die wesentlichsten Merkmale der Sozialversicherung herauszustellen, um auf dieser Basis zu einer brauchbaren Begriffsbestimmung der „modernen obligatorischen Sozialversicherung" zu gelangen.

V. Zwiedineck-Südenhorst bezeichnet die „soziale Versicherung" als „die Gesamtheit der Einrichtungen, die für jeden Arbeiter oder seine Hinterbliebenen auf versicherungsartigem Wege die Mittel bereitstellen, um ökonomische Wirkungen, die aus der Beeinträchtigung seiner Erwerbsmässigkeit sich ergeben, zu überwinden oder abzuschwächen" [1]).

---

1) O. v. Zwiedineck-Südenhorst, Sozialpolitik, Leipzig, 1911, S. 377.

Schmoller kennzeichnet die Arebiterversicherung — in Anlehnung an die Bemerkung der Sozialversicherung — folgendermassen: „Unter dem Namen der Arbeiterversicherung fasst man heute eine Anzahl von Versicherungseinrichtungen zusammen, die wesentlich den heutigen Lohnarbeitern oder sonstigen kleinen, überwiegend von ihrer Arbeit lebenden Leuten dienen, ihnen für die Fälle, da die Arbeitskraft versagt, geschmälert ist, aufhört, ein Einkommen geben, die wirtschaftliche Existenz ermöglichen oder erleichtern sollen. Es handelt sich um die Versicherung im Falle des Todes, der Krankheit, des Alters, der Invalidität, der Schädigung durch Unfälle der Witwen- und Waisenschaft der Schwangerschaft; endlich gehört im weiteren Sinne auch die Arbeitslosigkeit, die Arbeitseinstellung, die Wanderschaft zu den Fällen, in welchen eine Unterstützung des Arbeiters angezeigt erscheint" [1]).

Manes definiert zunächst die Versicherung ganz allgemein als „gegenseitige Deckung zufälligen schätzbaren Geldbedarfs zahlreicher gleichartig bedrohter Wirtschaften" [2]). Innerhalb des Begriffes Versicherung unterscheidet Manes u. a. die Individual- und die Sozialversicherung. Den Aufgabenkreis der letzteren umgrenzt er folgendermassen: „Die soziale Methode der Versicherung hat als Teilgebiet der Sozialpolitik die Aufgabe und das Ziel, die materiellen Verhältnisse einer oder mehrerer notleidenden Klassen von Volksgenossen zu sichern, und zwar handelt es sich dabei bisher stets um Deckung des Einkommenbedarfs" [3]).

Silverman gibt die folgende Begriffsbestimmung der Sozialversicherung: „Social Insurance is usually taken to mean that form of insurance which guarantees an individual against exigencies which reduce his earning capacity or increase his expenditure beyond the normal" [4]).

Nach Silverman ist die Sozialversicherung also eine Art

---

1) G. Schmoller, Grundriss der allgemeinen Volkswirtschaftslehre, München und Leipzig, 1919, II. Teil, S. 400.

2) A. Manes, Versicherungswesen, I. Bd. 3. Auflage, Leipzig und Berlin, 1930. S. 2.

3) Ebenda, S. 13.

4) H. A. Silverman, The economics of social problems, London, 1928, 2. Auflage, S. 274.

Versicherung, durch die das Individuum in denjenigen Notfällen unterstützt wird, die seine Erwerbsfähigkeit vermindern oder seine üblichen Aufwendungen über den Normalstand hinaus ansteigen lassen. Diese Risiken sind: „Such contingencies arise out of (1) temporary inability to make a living, (2) permanent incapacity, an (3) death. Under (1) come unemployment, sickness, accidents, etc.; under (2) come disablement, chronic illnes, old age, etc.; and under (3) come widowhood and orphanhood" [1]).

Schmittmann geht bei seiner Begriffsbestimmung von der Definition von Manes aus: „Unter Sozialversicherung im weiteren Sinne verstehen wir „alle auf Gegenseitigkeit beruhenden wirtschaftlichen Veranstaltungen, die der Deckung zufälligen schätzbaren Vermögensbedarfs notleidender Bevölkerungsschichten dienen", z. B. Volksversicherung durch private Gesellschaften, Gegenseitigkeitsvereine oder durch freie selbständige Organisationen der Arbeitnehmer usw.; im engeren und eigentlichen Sinne sprechen wir von Sozialversicherung nur dann, wenn dazu der staatliche Zwangscharakter tritt" [2]).

Dann stellt Schmittmann noch fest, dass durch die Sozialversicherung „dem Versicherten auf Grund der Tatsache einer unselbständigen Beschäftigung wertvolle öffentlich-rechtliche Rechte, nämlich Ansprüche auf Entschädigung in bestimmten Schadensfällen" [3]) gewährt werden.

Oswald Stein fusst ebenfalls auf der Definition von Manes: „Die Sozialversicherung ist organisierte Selbsthilfe der Arbeitnehmer gegen Wechselfälle des Lebens. Sie ist (nach der Begriffsbestimmung von Manes) gegenseitige Deckung zufälligen schätzbaren Geldbedarfs zahlreicher gleichartig bestrebter Wirtschaften, unter Beschränkung auf notleidende Bevölkerungsschichten" [4]).

---

1) H. A. Silverman, a. a. O., S. 274.

2) B. Schmittmann, Sozialversicherung, Handwörterbuch der Staatswissenschaften, 4. Aufl. Jena 1926, VII. Bd. S. 626—627.

3) Ebenda. S. 622.

4) Oswald Stein, Sozialversicherung — im Versicherungslexikon, 3. Aufl. Berlin 1930, S. 1446.

Nach Weddigen „sucht die Sozialversicherung zur Förderung des sozialen Friedens eine Existenzsicherung bestimmter Gesellschaftsgruppen dadurch zu erreichen, dass sie einen zufälligen schätzbaren Mittelbedarf auf eine Vielheit von Wirtschaftern umlegt, die alle von diesem Bedarf bedroht aber nur zum Teil von ihnen betroffen werden" [1]).

Nach A. Grieser ist die Sozialversicherung „solidarische Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses zum Schutze gegen die Wechselfälle, die den Arbeiter und seine Familie treffen". [2]).

Grieser kommt mehr von der Rechtssphäre zur Begriffsbestimmung und sagt daher von der Sozialversicherung, dass „sie in sich die arbeitsrechtliche Unterhaltungspflicht des Unternehmers, die freie Selbsthilfe der Arbeiter und die Fürsorgepflicht der öffentlichen Verbände vereinigt: sie ist öffentlichrechtlicher Sparzwang mit Risikenausgleich und ein wesentlicher Bestandteil des Arbeitsrechtes" [3]).

Siegrist bezeichnet die Sozialversicherung als „soziale Existenzsicherung für bestimmte Notfälle, geordnet durch öffentlich-rechtliche Selbsthilfe". [4]).

Paula Schweiger kennzeichnet die Sozialversicherung als „jene auf Gegenseitigkeit beruhende Einrichtung, die das Arbeitseinkommen, insoweit es zufälligen schätzbaren Beeinträchtigungen ausgesetzt ist, zu schützen sucht" [5]).

Unter den mehr oder weniger rein juristischen Definitionen der Sozialversicherung erscheint uns diejenige von Lutz Richter für unsere Begriffsbildung erwähnenswert: „Sozialversicherung ist diejenige verwaltungsmässige Fürsorge für Arbeitnehmer und ihren gleichgestellten Menschen (Versicherte), die auf besondere, selbstverwaltungsmässig gebildete Personen des öffentlichen

---

1) W. Weddigen, Sozialpolitik, Jena 1933, S. 222.

2) Siehe Versicherungslexikon, a. a. O., S. 1447.

3) Siehe Handbuch der Versicherung, herausgegeben von Paul Riebesell, Hamburg 1933, S. 307.

4) A. Siegrist, Probleme der deutschen Sozialversicherung, Heidelberger Diss. 1927. S. 25.

5) Paula Schweiger, Sozialversicherung und Wirtschaftsablauf, Münchener Diss 1928, S. 5.

Rechts (Versicherungsträger) übertragen ist unter Begründung organisatorischer Rechtsverhältnisse zwischen den Versicherten und ihren Arbeitgebern als Mitgliedern oder Angehörigen und den Versicherungsträgern, woraus sich Mitwirkungsrechte der Mitgliedern oder Angehörigen, Pflichten der Versicherten oder ihrer Arbeitgeber oder beider zur Beteiligung an der Aufbringung der Mittel, subjektive öffentliche Rechte der Versicherten auf Leistungen der Versicherungsträger beim Eintritt bestimmter Wechselfälle des Lebens (Versicherungsfälle) und besondere öffentlich-rechtliche Gewaltverhältnisse zwischen Mitgliedern oder Angehörigen und Versicherungsträgern ergeben" [1]).

Dass die SV. nicht nur als freiwillige Einrichtung, sondern auch in der Form der modernen obligatorischen Sozialversicherung auf den beiden Grundsätzen der Selbsthilfe und der Selbstverantwortlichkeit beruht, kommt in der Definition von Moldenhauer am klarsten zum Ausdruck: „In der Zwangsversicherung ist, wenn auch abgeschwächt, der Gedanke der Selbsthilfe erhalten, die Auffassung von der Selbstverantwortlichkeit des einzelnen, auf die er gestellt ist, und die ihn zwingt, für sich und seine Familie zu sorgen" [2]).

Ein anderes und noch viel bedeutsameres Charakteristikum der Sozialversicherung liegt in dem Grundsatz, des „einer für alle, alle für einen", d. h. in dem Solidaritätsprinzip, dessen Bedeutung in der SV. von Albrecht folgendermassen gekennzeichnet wird: „Der sozialgesunde Grundsatz des „einer für alle, alle für einen" ist, wenn er auch hier ebensowenig, wie in anderen Anwendungen, ideale Verwirklichung findet, dem Arbeiter durch nichts so nahe gebracht worden, wie durch die Sozialversicherung" [3]).

Auf Grund der obigen Begriffsbestimmungen und Ausführun-

---

1) Lutz Richter, Sozialversicherung, Berlin 1931, S. 7.

2) P. Moldenhauer, Versicherungs- oder Versorgungsprinzip in der deutschen Sozialversicherung, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Bd. 22, Berlin 1922, S. 180.

3) G. Albrecht, Grundfragen der Sozialversicherung, Berlin 1929, S. 23.

gen kann man folgende hauptsächliche Merkmale der Sozialversicherung herausziehen:

Die Sozialversicherung ist eine Art Versicherung, und zwar eine Versicherung im Dienste der Sozialpolitik.[1]).

Die Sozialversicherung ist in erster Linie eine soziale Einrichtung für die unteren, d. h. ärmeren sozialen Klassen und insbesonrede für die Arbeitnehmer und für die ihnen gleichgestellten Personen, deren einziges Kapital ihre eigene Arbeitskraft ist. Die Sozialversicherung übernimmt die Existenzsicherung dieser Personen und ihrer Familien gegen die zufälligen schätzbaren zukünftigen Wechselfälle des Lebens. Diese Wechselfälle des Lebens bedrohen alle erwähnten Personen, sie betreffen aber nur einen Teil von ihnen, so dass eine gegenseitige Deckung gegen die ökonomischen Wirkungen — Einkommensbedarf, usw., — die aus der verursachten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit der betroffenen Personen sich ergeben, möglich ist.

Die Grundelemente der Sozialversicherung sind: die Selbsthilfe, Selbstverantwortlichkeit, gegenseitige Deckung und gegenseitige Unterstützung, gegenseitige Beitragsleistung und nicht zuletzt der Grundsatz der Solidarität.

Die bisher herausgestellten charakteristischen Merkmale der Sozialversicherung umreissen allgemein den Begriff der „Sozialversicherung".

Innerhalb der „Sozialversicherung" müssen aber zwei grundverschiedene Wirkungsbereiche unterschieden werden, und zwa die Sozialversicherung im weiteren und die Sozialversicherung im engeren Sinne.

Die Sozialversicherung im weiteren Sinne umfasst alle Sozialversicherungseinrichtungen, gleichgültig ob sie obligatorische oder freiwillige Einrichtungen sind, so wie z. B. die Hilfsvereine, Gegenseitigkeitsvereine und andere Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeitnehmer; die Versicherungseinrichtungen der Arbeitgeber, der Staaten oder anderer öffentlicher Verbände,

1) Vgl. auch W. Weddigen. Grundfragen der Sozialversicherungsreform, Jena 1931, S. 3 und G. Albrecht, a. a. O., S. 12.

manchmal auch die freiwilligen Volksversicherungen und sogar die Staatsbürgerversorgung. [1]).

Unter Sozialversicherung im engeren und eigentlichen Sinne des Wortes sind aber nur die obligatorischen Sozialversicherungen zu verstehen, die kraft Gesetzes bestehen und die auf dem staatlichen Zwangscharakter beruhen.

Das wichtigste Merkmal der Sozialversicherung im engeren Sinne, d. h. der obligatorischen Sozialversicherung ist also der staatliche Zwangscharakter.

Auf Grund dieses Zwangscharakters, der im allgemeinen kraft Gesetzes besteht, oder mit anderen Worten, auf Grund des Versicherungszwanges, haben die betreffenden versicherten Personen andererseits feste Rechtsansprüche, d. h. öffentlichrechtliche Ansprüche auf die Gewährung der Sozialversicherungsleistungen.

Ein anderes bedeutsames Merkmal der obligatorischen Sozialversicherung ist die fast überall bestehende zwangsweise Heranziehung anderer als der versicherten Personen zu der Aufbringung der finanziellen Mittel und zwar der Arbeitgeber und des Staates.

Wir kommen daher zu der folgenden Definition der obligatorischen Sozialversicherung: Die Sozialversicherung im engeren Sinne, d. h. die obligatorische Sozialversicherung ist eine auf Selbsthilfe und

---

1) Siehe dazu: L. Brucker, Muthesius, Lutz Richter, H. Süss. Die Sozialversicherung a. a. O., S. 73: „Vom wirtschaftlichen Standpunkt aus sind also Sozialversicherung im weitesten Sinne des Wortes zu bezeichnen, alle auf Gegenseitigkeit beruhenden wirtschaftlichen Veranstaltungen, welche der Deckung zufälligen schätzbaren Vermögensbedarfsnotleidender Bevölkerungsschichten dienen".

Diese Sozialversicherung im weitesten Sinne kann sein:

„a) eine freiwillige Versicherung bei privaten Gegenseitigkeitsvereinen oder Aktiengesellschaften (Volksversicherungen in England und Amerika);

b) eine freiwillige Versicherung bei Arbeiter- und Angestelltenorganisationen;

c) eine Versicherung mit staatlichem Zwang (reine Sozialversicherung)". S. 73.

dem Solidaritätsgedanken beruhende soziale Einrichtung, die auf Grund ihres gesetzlichen Zwangscharakters die obligatorische Versicherung der Arbeitnehmer und der ihnen gleichgestellten Personengruppen gegen die zukünftigen zufälligen schätzbaren Wechselfälle des Lebens unternimmt.

In Uebereinstimmung mit der herrschenden Anschauung setzen wir in der vorliegenden Untersuchung den Begriff der „obligatorischen Sozialversicherung" demjenigen der „modernen Sozialversicherung" gleich, da die obligatorische Sozialversicherung heutigen Tages fast auf der ganzen Erde verbreitet ist.

Wir glauben dazu berechtigt zu sein, da man in der Gegenwart im allgemeinen fast nur an die obligatorische Sozialversicherung zu denken pflegt, wenn irgend ein Problem der modernen Sozialversicherung zur Erörterung steht. Das Internationale Arbeitsamt in Genf hat sogar erklärt, dass „eine Sozialversicherung nur als Pflichtversicherung denkbar ist". [1]).

Das soziale Leben ist dauernder Wandlungen unterstellt.

Jedes soziale Gebilde wandelt sich in seiner inneren Gestaltung mit der geschichtlichen Entwicklung eines Landes und zwar sucht es sich dem jeweiligen politischen und wirtschaftlichen Zeitgeist, dem jeweiligen herrschenden Wirtschaftssystem und der jeweiligen herrschenden Weltanschauung anzupassen.

Die neue Gestalt, die eine soziale Einrichtung annimmt, bringt wieder neue ungelöste Fragen mit sich, Probleme, zu deren Lösung jede Generation ihren Beitrag liefern muss, um auf diese Weise den sozialen Fortschritt zu ermöglichen.

Die Sozialversicherung gehört zu jenen sozialen Gebilden, die der geschichtlichen Dynamik ausgesetzt sind.

Daher drängt jede Wirtschaftsepoche sowie jede Umgestaltung des technischen Fortschritts die Sozialversicherung dazu, sich den Anforderungen ihrer Zeit anzupassen.

Zu jeder Zeit und in jedem Lande hat die Sozialversicherung

1) Diesbezüglich siehe weiter die Ausführungen dieser Arbeit auf S. 70—71.

daher bestimmte Fragen und Probleme zu lösen gehabt und muss sich auch heute noch dieser Aufgabe unterziehen.

Selbst die moderne Sozialversicherung birgt ihre Probleme in sich. Diese Problematik sehen wir vor allem in der Notwendigkeit zur Vereinheitlichung des Sozialversicherungssystems des einzelnen Landes und darüber hinaus in dem grösseren internationalen Rahmen.

Die nachfolgenden Untersuchungen dieser Arbeit stehen im Zeichen dieses im Vordergrund der Sozialversicherungsreformbestrebungen stehenden Problems.

Daher haben wir diese Arbeit das „Problem der modernen Sozialversicherung" betitelt.

Die Gestaltung dieses Themas haben wir so vorgenommen, dass wir den Kern des Problems der modernen Sozialversicherung in den Leitgedanken, der heutigen Lage und der Problematik der modernen Sozialversicherung, oder mit anderen Worten der obligatorischen Sozialversicherung sehen.

Demzufolge werden im II. Abschnitt dieser Arbeit die Leitgedanken im III. Abschnitt die heutige Lage und im IV. Abschnitt die Problematik der modernen Sozialversicherung entwickelt.

Um aber die moderne Sozialversicherung in ihrer Vielgestaltigkeit der Systeme und ihrer Problematik erforschen zu können, haben wir es für notwendig erachtet, im ersten Abschnitt erst einmal die Entstehung und Entwicklung des Sozialversicherungsgedankens überhaupt darzustellen.

Im dritten Abschnitt, der die heutige Lage der modernen Sozialversicherung behandelt, haben wir die Sozialversicherungssysteme nur zweier Länder und zwar von Deutschland und Rumänien herangezogen, weil wir — schon eingangs erwähnt — glaubten, dass diese zwei Länder die beiden wichtigsten Typen der modernen Sozialversicherung am reinsten vertreten, nämlich Rumänien das einheitliche Sozialversicherungssystem und Deutschland das Mehrheits- oder in mehrere Zweige getrennte System.

In dem vierten Abschnitt, der die Problematik der modernen Sozialversicherung zum Gegenstand hat, haben wir die wichtigsten Kritiken der obligatorischen Sozialversicherung im allgemeinen, die Ergebnisse und die Entwicklungstendenzen in der modernen

Sozialversicherung zur Darstellung gebracht, um uns auf diese Weise die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen für die Erörterung des heute im Brennpunkt stehenden Problems der nationalen wie der internationalen Diskussion der modernen Sozialversicherung, nämlich der Vereinheitlichung der Sozialversicherung.

ERSTER ABSCHNITT:

GESCHICHTLICHER UEBERBLICK ÜBER DEN URSPRUNG DER SOZIALVERSICHERUNG UND IHRE ENTWICKLUNG BIS ZUR GEGENWART.

ERSTES KAPITEL:

DIE URSACHE DER ENTSTEHUNG DES GEDANKENS DER SOZIALVERSICHERUNG.

§ 1 Der Mangel an Selbstfürsorgepflicht-bewusstsein.

„Omul se naşte neprevăzător!" [1]) d. h. von Natur mangelt es dem Menschen an Selbstfürsorgepflichtbewusstsein. So lange er gesund und im Vollbesitz seiner Arbeitskraft ist, wird er nur selten an die Zeiten denken, wenn er alt oder invalide sein wird und nicht mehr die Möglichkeit hat aus eigener Kraft seine Existenz zu sichern.

Andererseits wird es, so lange die Menschheit in der auf Privateigentum ruhenden Gesellschaftsordnung lebt, immer Reiche und Arme geben, einige mit angesammelten Vermögenswerten, die ihre Existenz gegen Krankheit, Alter oder Invalidität sichern können und auch sichern, und andere, die eines Tages hilflos als Invalide und Bettler der Gemeinschaft zur Last fallen.

Das mangelnde Selbstfürsorgepflichtbewusstsein, d. h. der in der menschlichen Natur begründete Mangel an Einsicht in die Notwendigkeit einer rechtzeitigen eigenen Fürsorge für den künftigen Fall einer Notlage war zu allen Zeiten und bei allen Völkern vor-

---

1) D. R. Ioanițescu: Renașterea Meseriilor, București 1931. S. 284.

handen. Wenn man auch nur ein wenig Völkerpsychologie treibt, so kann man feststellen, dass allen Völkern und innerhalb dieser besonders der grossen, arbeitenden Massen dieses Selbstfürsorgepflichtbewusstsein fehlt. Auch dem französischen Volk, dessen besondere Sparsamkeit fast sprichwörtlich ist, und von dessen kleiner Bourgeoisie man sagt, dass sie das Geld im Strumpf sammelt, mangelt diese Einsicht[1]).

Der Engländer pflegt im allgemeinen das, was er erarbeitet hat, zu verzehren. Aber gleich welcher Berufsklasse er angehört, eine kleine Summe von seinem wöchentlichen Einkommen muss er sich in Abzug bringen lassen, die einer Versicherungsgesellschaft als Prämie dient.

Der Deutsche findet sich wie der Engländer willig damit ab, dass man einen kleinen Anteil seines wöchentlichen Verdienstes einbehält, um ihn gegen mögliche Lebens- und Arbeitsgefahren zu schützen. Er verlangt aber, dass der Versicherungsträger auch seinerseits dauernd bestehen und zahlungsfähig bleibt; er fordert daher die Autorität des Staates für die Sicherung dieses Versicherungsschutzes, d. h. die obligatorische Sozialversicherung.

Die Amerikaner haben bis in die jüngste Zeit nicht darüber nachgedacht, welche soziale Bedeutung eine obligatorische Sozialversicherung für alle Werktätigen einer Volksgemeinschaft für diese hat, da Nord-Amerika in einer dauernden Periode der Prosperität lebte, die dem Handarbeiter hohe Löhne sicherte und den Unternehmungen die Möglichkeit gab, grössere Reserven anzusammeln, mit denen sie Hilfs- und Unterstützungskassen einrichten konnten. So kommt Moldenhauer noch im Jahre 1927 zu der Feststellung, dass „in einem Lande, wo wenigstens die vorwärtsstrebende und moderne Arbeiterschaft so gestellt ist, dass jeder sein eigenes Auto und sein Haus hat, wenn auch nur auf Abzahlung gekauft, Fragen wie die der Invaliden- und Altersversiche-

---

1) Précis de législation industrielle, Dalloz—H. Capitan et Paul Cuche — Paris 1933, S. 421: .....il faut constater que l'ésprit de prevoyance n'est pas assez répandu, et cela dans tous les milieux".

rung nicht existieren, mit denen die anderen Länder sich quälen müssen“ [1]).

Die natürlichen Voraussetzungen für die Einführung der Sozialversicherung pflegen nur in Depressionszeiten bezw. ausgesprochenen Wirtschaftskrisen, bei Lohnsenkungen und in Perioden eines niedrigen ökonomischen Standes der Wirtschaft gegeben zu sein [2]).

Heute, wo die ganze Welt auf das Heftigste von Wirtschaftskrisen erschüttert ist, sind auch die Vereinigten Staaten von Nord-Amerika intensiv in Mitleidenschaft gezogen worden. Daher fordert nunmehr das amerikanische Proletariat dringend die Sozialversicherung [3]).

Der Mangel an Selbstfürsorgepflichtbewusstsein der Menschen würde nicht so ausschlaggebend für die Entstehung der Sozialversicherung sein, wenn die Existenzsicherung des Individuums nicht so eng an die künftige Wirtschaftsgestaltung geknüpft wäre, die ihrerseits von sehr mannigfachen, im vorhinein nicht bestimmbare Faktoren abhängig ist.

Es fehlt dem Menschen also von Natur nicht nur meist die Einsicht in die Notwendigkeit einer rechtzeitigen Selbstfürsorge, sondern er ist als Lebewesen von Geburt an den mannigfachsten Lebensgefahren ausgesetzt, deren er nur dann regelmässig Herr werden könnte, wenn die Menschheit in einer ewigen Prosperität leben würde. Die Ungewissheit der künftigen Gestaltung des Wirtschaftslebens macht aus dem Mangel an Selbstfürsorgepflichtbewusstsein des Menschen einen ausschlaggebenden Faktor für das Entstehen der Sozialversicherung.

---

1) P. Moldenhauer: Internationale Sozialpolitik, Vortrag, Leipzig 1927, S. 8. Hinsichtlich der Lösung der sozial-politischen Fragen behauptete das amerikanische Unternehmertum, dass es „so hohe Löhne zahle, dass der Arbeiter für sich selbst sorgen kann, dass er in der Lage ist, seine Versorgung und Versicherung selbst zu übernehmen“.

2) Siehe auch A. Manes: Versicherungswesen, Bd. III (B. Sozialversicherung). Leipzig und Berlin 1932, S. 207: „Hinzu kommt die politische Beunruhigung der Arbeitnehmerschaft in Krisenzeiten, an der die Unternehmer vernünftigerweise kein Interesse haben können. Man kann daher sagen, dass wenigstens häufig die Krisenzeiten für die Ausbreitung der Sozialversicherung besonders günstige Konstellationen bieten, vor allem psychologisch; ob auch finanziell, ist eine andere Frage“.

3) Diesbezüglich siehe auch weiter — S. 54—56.

§ 2 Die Unzulänglichkeit des Arbeitseinkommens für eine Selbstfürsorge.

Während einige werktätige Personengruppen lediglich der Mangel an Selbstfürsorgepflichtbewusstsein hindert, rechtzeitig Ersparnisse zu machen für einen künftigen Notfall, kommt bei der Arbeiterklasse ganz allgemein noch als wichtiger Grund die niedrige Entlöhnung hinzu, die es dem Arbeiter nicht ermöglicht, einen Fonds anzusammeln zur Ueberwindung der drohenden Lebensgefahren wie Krankheit, Unfälle, Alter und Invalidität.[1]).

Andererseits sind in den Ländern mit freier Lohnbildung ständig wiederkehrenden Lohnkämpfe zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer eine Folgeerscheinung der heutigen industrialisierten Wirtschaft, die immer wieder Wirtschaftsschwankungen und Wirtschaftskrisen ausgesetzt sein wird und gegen diese so überaus empfindlich ist. Und in diesem Kampf um die Lohnhöhe wird das Arbeitseinkommen fast immer um das Existenzminimum[2]) pendeln, welches dem Arbeiter bestenfalls die nötigen Mittel zur Verfügung stellt für ausreichende Ernährung, notwendige Kleidung, hygienische Wohnung und einen bescheidenen Fonds für die geistigen Kulturbedürfnisse.

Der Arbeiter wird daher schwerlich in der Lage sein, seine Existenz und die seiner Familie gegen künftige Lebensgefahren aus eigener Kraft zu schützen, selbst wenn er das nötige Selbstfürsorgepflichtbewusstsein hätte, da sein Arbeitseinkommen mehr oder weniger nur das Existenzminimum deckt[3]). Da aber die Unzulänglichkeit des Arbeitseinkommens der Arbeiter hauptsächlich eine Folgeerscheinung des ökonomischen Elends und somit des

---

1) Précis de legislation industrielle Dalloz — a. a. O., S. 420: „Les travailleurs, et en particulier ceux auxquels s'adressent les assurances sociales, sont incapables de faire des économies qui puissent les mettre à l'abri des principaux risques de l'existence".

2) Es ist also damit gemeint, was die Engländer als „minimum standard of living" oder „minimum standard of comfort" bezeichnen. Vergl. dazu bei Silvermann: Economics of social problems. London 1928. S. 57—8.

3) Siehe auch Précis Dalloz; a. a. O., S. 421: „pour la plupart — des salariés — les salaires gagnés suffisent à peine aux besoins de chaque jour".

Systems der Festsetzung des Arbeitsentgelts ist, wird die Lage des Arbeiters schwerlich geändert werden können, solange nicht die Wirtschaftsverfassung selbst eine andere wird. In der modernen kapitalistischen Wirtschaftsverfassung ist daher die Unzulänglichkeit des Arbeitseinkommens die zweite wichtige Quelle für das Aufkommen des Gedankens der Sozialversicherung.[1]).

Die beiden aufgezeigten Entstehungsursachen der Sozialversicherung — der Mangel an Selbstfürsorgepflichtbewusstsein und die Unzulänglichkeit des Arbeitseinkommens — haben inzwischen die meisten Staaten veranlasst, die obligatorische Sozialversicherung einzuführen, damit die arbeitenden Massen nicht schuldlos ohne Hilfe sind und dem Staate zur Last fallen, wenn sie infolge der unvermeidlichen Gefahren des industriellen Arbeitsprozesses in eine Notlage geraten.

Den arbeitenden Massen könnte in ihrer unvermeidbaren, aber auch unverschuldeten Notlage beispielsweise auch auf dem Wege der Sozialfürsorge d. h. der Armenpflege oder Staatsbürgerversorgung geholfen werden. Die obligatorische Sozialversicherung stellt keineswegs die einzige mögliche Lösung dar. Ausgehend von den Entstehungsursachen der Sozialversicherung erscheint es daher notwendig, in diesem Zusammenhang diejenigen Gründe aufzuzeigen, die im Interesse der arbeitenden Massen die Sozialversicherung als die einzig sinngemässe Lösung der Existenzsicherung der Arbeiterschaft erscheinen lassen.

§ 3. Exkurs: Soziale Fürsorge oder Sozialversicherung?

Die soziale Fürsorge (Armenpflege) lässt sich kennzeichnen als eine Unterstützung des Individuums, die von der Grundidee der „Wohltätigkeit" ausgeht. Das Individuum hat keinen Rechtsanspruch auf Unterstützung in seiner Notlage. Die Unterstützung, die die Gemeinschaft gewährt, ist keine Pflichtleistung, sondern sie ist eine Folgeerscheinung des menschlichen Wohltä-

1) Vergl. auch: Précis Dalloz, a. a. O., S. 420: „L'assurance donne le moyen de se garantir contre les conséquences des principaux risques de l'existance, tout en réduisant l'effort d'épargne nécessaire".

tigkeitsbedürfnisses, das seinerseits auf der dem Menschen von Natur innewohnenden Hilfsbereitschaft beruht.

Beim Sozialversicherungssystem ist die Lage des Hilfsbedürftigen eine grundsätzlich andere. Hier wird die Unterstützung als ein Rechtsanspruch des Versicherten gewährt. Der Versicherte hat in guten Zeiten — freiwillig oder gezwungen — Beiträge für eine Sozialversicherung zu entrichten, die zur Bildung eines Gesamtfonds dienen, aus welchem später alle Versicherten bei Krankheit, Invalidität und Alter unterstützt werden.

Bei der Sozialversicherung folgen alle Leistungen aus einem Vertragsverhältnis, das vor längerer oder kürzerer Zeit zwischen dem Versicherten und dem Versicherungsträger getroffen wurde, während im Fürsorgesystem der Umfang der Leistungen dem Zufall überlassen bleibt, d. h. davon abhängt, welche Unterstützungsmöglichkeiten zu der Zeit gegeben sind, in der sich der Bedürftigkeitsfall zuträgt. Die dem Versicherten zu gewährende Unterstützung ist also in ihrer Höhe im vorhinein festgelegt und ist kein Almosen wie bei der sozialen Armenfürsorge, sondern ein Rechtsanspruch, der gewissermassen eine Entschädigung darstellt im Versicherungsfall. [1]).

Wenn an dieser Stelle im Interesse der arbeitenden Massen die Vorzüge der Sozialversicherung gegenüber der sozialen Für-

---

1) Vgl. A. Manes: Sozialversicherung. Wörterbuch der Volkswirtchaft. 4. Aufl. 3. Bd. Jena 1933. S. 371: Manes gibt als eine wichtige Voraussetzung für die Sozialversicherung an: „der Rechtsanspruch auf Bedarfsdeckung der versicherten Arbeiter". Daher stellt er fest, dass „auf Wohltätigkeit beruhende Einrichtungen nicht als Versicherungen anzusprechen sind". „An die Stelle der Armenversorgung ist der feste Rechtsanspruch auf eine Entschädigungssumme bei Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter getreten". (S. 375).

So auch Herkner: Die Arbeiterfrage. 8. Aufl. 1. Bd. Berlin und Leipzig 1922. S. 391: „Das heisse Sehnen des modernen Arbeiters nach Rechten, nicht nach mehr oder weniger demütigenden Wohltaten, ist erfüllt worden. Wo früher die Armenpflege, die Wohltätigkeit einsetzten darf der deutsche Arbeiter heute klagbare Rechte geltend machen".

Ferner Schmittmann: Sozialversicherung. Handwörterbuch der Staatswissenschaften. VII. Bd. 4. Aufl. Jena 1926. S. 622: „Die Sozialversicherung hingegen gibt dem Versicherten auf Grund der Tatsache einer unselbständigen Beschäftigung wertvolle öffentlichrechtliche Rechte, nämlich Ansprüche auf Entschädigung in bestimmten Schadensfällen".

sorge so scharf herausgestellt werden, so soll deshalb keineswegs verkannt werden, dass vor der Einrichtung der Sozialversicherung in den einzelnen Ländern die alten wohltätigen Einrichtungen, Krankenhäuser, Armenhäuser, usw. viele kranke und alte Arbeiter unterstützt haben und dass diese Einrichtungen auch heute noch in verschiedenster Gestalt eine segensreiche Tätigkeit ausüben. Alle diese Einrichtungn „haben bis zu einem bestimmten Grad die Sozialversicherung gut ersetzt, aber ihre Existenz beruhte auf der Wohltätigkeit und Barmherzigkeit. Der Arbeiter hatte keinen Rechtsanspruch, sondern er hatte alles nur als Almosen bekommen. Dies war erniedrigend und ungerecht".[1]). Im Gegensatz hierzu ist die Stellung des Versicherten eine würdige und verletzt nicht den Menschen in seinem Ehrgefühl wie die Armenpflege.

Die Staatsbürgerversorgung ist auch eine Art Sozialfürsorge. Zwar gibt es bei der Staatsfürsorge auch einen Rechtsanspruch. Trotzdem liegt hier keine echte Sozialversicherung vor, weil die Leistungen in diesem Falle nicht aus der Summe der Beiträge der Versicherten, sondern aus öffentlichen Mitteln gewährt werden. Mit Recht bezeichnet Schmittmann daher die Staatsbürgerversorgung als eine „bemäntelte öffentliche Armenpflege".[2]).

Weder die Staatsbürgerversorgung noch die Armenpflege kennen Beitragsleistungen oder gar eine Beitragspflicht der zu unterstützenden Arbeiter. Dagegen ist die Sozialversicherung auf der Selbsthilfe und auf der Selbstverantwortlichkeit des Versicherten begründet, indem sie ihn zur Beitragentrichtung verpflich-

---

1) D. R. Ioanițescu: a. a. O., S. 276.

2) Schmittmann: Handwörterbuch der Staatswissenschaften. a. a. O., S. 627: „Unter Sozialversorgung oder Staatsbürgerversorgung versteht man ein soziales Unterstützungssystem, das allen Staatsbürgern bei materiellen Notständen des Lebens dem Staat gegenüber einen Rechtsanspruch auf einen angemessenen Lebensunterhalt gewähren will. Begrifflich steht die Staatsbürgerversorgung in der Mitte zwischen Sozialversicherung und Armenpflege; tatsächlich ist sie bemäntelte öffentliche Armenpflege".

tet. Moldenhauer sagt daher: [1]) „In der Zwangsversicherung ist, wenn auch abgeschwächt, der Gedanke der Selbsthilfe erhalten, die Auffassung von der Selbstverantwortlichkeit des einzelnen, auf die er gestellt ist, und die ihn zwingt, für sich und seine Familie zu sorgen".

Ein weiterer Mangel der sozialen Fürsorge ist, dass sie selten gut organisiert ist. Die soziale Fürsorge kann entweder privat oder öffentlich ausgeübt werden. Wir sprechen dabei in einem zweifachen Sinne von einer privaten sozialen Fürsorge. Sie ist eine individuelle Fürsorge, wenn sie von dem Einzelnen als Folge des Grundsatzes der christlichen Religion „Hilf Deinem Nächsten wie Dir selbst" getätigt wird, oder sie ist eine kollektive Fürsorge, wenn ein Gemeinwesen oder eine Berufsgruppe Träger der sozialen Fürsorge ist.

Während bei der Staatsbürgerversorgung die gesamten aufgewendeten Beträge aus öffentlichen Mitteln bereitgestellt werden, sind die Staaten selbst in besonderen Notzeiten nur selten bereit Mittel für die soziale Fürsorge zu bewilligen.

Im Mittelalter hat nur ein einziges Mal ein König sich ernsthaft mit der öffentlichen Armenpflege befasst und führte demzufolge eine förmliche Armensteuer ein. Es war Karl der Grosse, der im Jahre 779 den Bischöfen, Grafen und Vasallen eine Armensteuer auferlegte. [2]).

In der Neuzeit gibt es nur wenige Länder, die Gesetze zur Einrichtung der öffentlichen Fürsorge erlassen haben, beispielsweise Deutschland [3]). Man findet fast nirgends eine allgemein

1) P. Moldenhauer: Versicherungs- oder Versorgungsprinzip. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Berlin 1922. Bd. 22. S. 180.

So auch Weddigen: Sozialpolitik. Jena 1933. S. 224: „das Versicherungsprinzip legt den Hauptnachdruck auf die versicherungstechnisch organisierte Selbsthilfe der in den Gefahrengemeinschaften der Versicherung vereinigten Personen und Gruppen, die hier die Mittel der Versicherung wesentlich selbst im Wege gegenseitiger Beitragsleistung aufbringen".

Hierzu siehe auch G. Albrecht: Grundfragen der Sozialversicherung. Berlin 1929. S. 42—43 und A. Manes: Wörterbuch der Volkswirtschaft. a. a. O., S. 378.

2) Kleeis: Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland. Berlin 1928. S. 22.

3) Siehe die Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924 (R. G. Bl. I. S. 100), die bis zur Gegenwart mehrfach abgeändert worden ist.

durchgeführte Organisation der Armenpflege. Die soziale Fürsorge beschränkt sich grösstenteils auf Schenkungen und Stiftungen vermögender Leute. Diese Stifter hinterlassen ihr Vermögen und ihre Besitzungen oder einen Teil davon einer privaten Fürsorgestelle zur Gründung von Krankenhäusern, Sanatorien oder anderen ähnlichen sozialen Einrichtungen, die zur Armenpflege dienen.[1]).

Der Umfang dieser Schenkungen und Stiftungen wird in erheblichem Masse bestimmt durch die jeweilige ökonomische Lage. In der heutigen Zeit der steten Wirtschaftskrisen, der Verminderung der Einkommen und der sozialen Umgestaltung fliessen den Wohltätigkeitseinrichtungen meist nur noch in sehr beschränktem Masse neue Mittel zu. Aber nicht nur das Einkommen der Wohltätigkeitseinrichtungen ist infolge der Wirtschaftskrisen stark zurückgegangen, in manchen Ländern sind die Wohltätigkeitseinrichtungen ausserdem von Enteignungen betroffen worden, die ihre Besitzungen erheblich verkleinert haben, so beispielsweise in Rumänien.

In anderen Ländern, wie z. B. in Deutschland, ist dagegen ihr Vermögen infolge der Inflation in erheblichem Masse zusammengeschrumpft. Die Wohltätigkeitseinrichtungen können, unter diesen Umständen, nicht mehr in dem erforderlichen Umfange ihren Zweck erfüllen, insofern als die private Wohltätigkeit fast keine Mittel mehr zur Verfügung stellen konnte. Sobald aber kaum noch Aussicht besteht, dass grosse Stiftungen zu wohltätigen Zwecken hinterlassen werden und auch keine Wohltätigkeitseinrichtungen mit grossen Fonds mehr geschaffen werden können, kann das Arbeiterproletariat nur in der Sozialversicherung einen beständigen und wirksamen Schutz gegen die soziale Not finden.

Wenn auch die für jede Volksgemeinschaft wertvollen Leistungen der sozialen Fürsorge anzuerkennen sind, so hat doch die Erfahrung nur allzu deutlich gelehrt, dass sie den Krisenzeiten nicht gewachsen sind. Hier zeigt sich die Ueberlegenheit der Sozialversicherung besonders deutlich, da bei dieser Einrichtung in normalen Zeiten in ganz anderem Umfang Fonds angesammelt werden

1) D. R. Ioaniţescu: Renaşterea Meseriilor. a. a. O., S. 274.

können, um Leben und Gesundheit des Arbeiters in Zeiten wirtschaftlicher Erschütterungen zu sichern.

Die Staaten sollten aber auch in ihrem eigenen Interesse sich für die Sozialversicherung einsetzen, denn die Sozialversicherung ist, wie schon Moldenhauer satg, „immer billiger als eine Staatsfürsorge", weil sie auf der Selbsthilfe der Versicherten beruht. [1]). Es sprechen also zwei wesentliche Momente für eine generelle Ersetzung der sozialen Fürsorge durch die Sozialversicherung in allen Ländern. [2]).

Die tatsächliche Entwicklung der Sozialversicherung zeigt denn auch, dass sie sich zusehens gegenüber der sozialen Fürsorge durchsetzt, und in dem Masse wie sie an Bedeutung gewinnt, wird in den betreffenden Ländern die Armenpflege entlastet und schliesslich verbleibt der Armenpflege nur noch ein geringfügiger selbständiger Aufgabenkreis.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, dass sogar die Hauptvertreter des Gedankens der Staatsbürgerversorgung wie Australien und Grossbritanien „den Uebergang zur Zwangssozialversicherung beschlossen haben", [3]), weil die Sozialversicherung bisher die zweckmässigste und geeigneteste Form der sozialen Hilfe für die wirtschaftlich Schwachen ist.

Wie sich im einzelnen die Ablösung der sozialen Fürsorge

---

1) P. Moldenhauer: Versicherungs- oder Versorgungsprinzip. a. a. O., S. 180. Siehe auch Schmittmann: Handwörterbuch der Staatswissenschaften. Bd. VII. a a. O., S. 628.

2) Nicht nur ausserhalb sondern auch innerhalb der Sozialversicherung selbst hat man die Beibehaltung des Versicherungsprinzips gefordert, weil man es als dem Versorgungsprinzip überlegen erkannt hatte. Diese Frage tauchte beispielsweise in Deutschland nach der Inflationszeit in der deutschen Sozialversicherung auf.

Daher schrieb Moldenhauer im Jahre 1922: „Aus allen diesen Gründen wird man, glaube ich, auch in der Zukunft, solange wir an unserer heutigen Wirtschaftsordnung festhalten und sie nicht durch eine sozialistische ersetzen, an dem Versicherungsprinzip auch in der Sozialversicherung festhalten. Es erscheint mir so wenig veraltet, wie die private Versicherung etwa sozialisierungsreif ist". (Versicherungs- oder Versorgungsprinzip; a. a. O., S. 181).

Siehe auch Schmittmann: Handwörterbuch der Staatswissenschaften. a. a. O., S. 627—628.

3) A. Manes: Wörterbuch der Volkswirtschaft. Bd. 3. a. a. O. S. 378.

durch die Sozialversicherung in den einzelnen Ländern vollzogen hat, soll nunmehr entwicklungsgeschichtlich untersucht werden.

ZWEITES KAPITEL:

DIE ENTWICKLUNG DES FÜRSORGE- UND SOZIALVERSICHERUNGSGEDANKENS IM ALTERTUM UND MITTELALTER.

§ 1. Im Altertum:

Die Existenzsicherung bei den alten Völkern. — Die Armenpflege im alten Athen und Rom.

Im Altertum gibt es noch kein Sozialversicherungssystem, das auf der Grundidee des Rechtsanspruches des Versicherten begründet ist, weil dazu eine bestimmte ökonomische Struktur die Voraussetzung bildet. Wenn die alten Völker auch auf einer hohen Kulturstufe standen, so war ihre Wirtschaftsverfassung doch auf der Sklavenwirtschaft aufgebaut. Der Sklave wurde als eine Ware angesehen. Er leistete demzufolge seine Arbeit nur unter der Herrschaft des „Zwanges". Der Sklave wurde nur dann gepflegt, wenn die Gewissheit bestand, dass er wieder arbeitsfähig würde. Der Nutzen des Besitzers stand im Vordergrund: Der junge Sklave wurde gut gepflegt, der alte Sklave aber aufgegeben, da seine Wiederherstellung keinen grossen Nutzen mehr bringen konnte. Bei dieser Wirtschaftsverfassung konnte weder die Idee der sozialen Fürsorge noch die der Sozialversicherung aufkommen.

Einige Schriftsteller sehen die ersten Spuren der Idee einer „Existenzsicherung" in der Sorge der alten Aegypter, Assyrer, Chinesen und Japaner für eine Einlagerung von Getreide und anderen Lebensmitteln „zum Ausgleich der schlechten und der guten Erntejahre". [1]).

Diese Fürsorge der alten Völker entsprang aber aus dem Gedanken einer gewissen Voraussicht — aus dem Kampf gegen den Hunger — war aber keine Sozialversicherung.

---

1) A. Manes: Versicherungswesen. Bd. III. a. a. O. S. 179.

Dagegen wurde die Armenpflege schon von den alten Griechen und Römern ausgeübt.

So gab es schon in Athen eine öffentliche Armenpflege, deren Lasten vom Staate getragen wurden. Die Bettelei wurde verboten, weil man sie als eine nationale Schande empfand.[1]). Zuerst wurden zwar nur die hilfsbedürftigen Kriegsverletzten unterstützt, später aber alle Bürger mit körperlichen Gebrechen oder Schwächen. Im alten Athen gab es sogar Häuser ohne Türen, in denen die Armen ein Nachtlager finden konnten.[2]). Schliesslich wäre noch darauf hinzuweisen, dass es im alten Griechenland bereits bestimmte Einrichtungen gab zur Unterstützung von Personen, die in Seenot geraten waren. Diese Enrichtungen hiessen Koinonia und beruhten auf dem Gegenseitigkeitsprinzip.[3]).

Auch in Rom gab es eine Armenpflege, die aber schon weiter entwickelt war als in Athen. Nach Hirschfeld[4]) kamen schon vor Christi Geburt Getreidespenden an die Armen zur Verteilung im Werte von bis zu 10 Mill. Sesterzien (d. s. ungefähr 2½ Mill. Mark) — für jene Zeiten eine sehr erhebliche Summe.

Eine andere Form der öffentlichen sozialen Fürsorge der alten Römer bestand in der Gewährung von „panem et circenses" („Brot und Zirkusspiele"), die man als Hauptbedürfnisse des Volkes im alten Rom ansah, wurden oftmals von den damaligen Kaisern dem römischen Pöbel gewährt. Hierin liegt eine Art sozialer Fürsorge, durch die der Kaiser den Wünschen und Trieben eines Teiles des Volkes entgegenkam.

Im alten Rom findet sich auch eine Urform des Schwangerschaftsschutzes, indem die Sklavinen während der Schwangerschaft zeitweise von der Arbeit befreit wurden.[5]).

Von einer gewissen Bedeutung für die ersten Ansätze einer Sozialversicherung waren ferner die sogenannten „Collegia", die eine grosse Aehnlichkeit mit den späteren deutschen und fran-

---

1) I. N. Angelescu: Asigurările sociale în statele moderne. Bucureşti 1913. S. 30.

2) Kleeis: a. a. O. S. 20—21.

3) I. N. Angelescu: a. a. O. S. 1.

4) Hirschfeld: Die Getreidelieferung in der romanischen Kaiserzeit. Göttingen 1869. Zitiert von Kleeis — a. a. O. — S. 21.

5) W. Weddigen: Sozialpolitik. Jena 1933. S. 133.

zösischen Zünften hatten. Sie wurden für die unteren Volksklassen errichtet und beruhten in erster Linie auf dem Gegenseitigkeitsprinzip. Ihr Hauptzweck war die Gewährung von Sterbegeldern und gegenseitiger Unterstützung der Mitglieder in Notfällen. [1]). Allerdings war ihre Bedeutung dadurch beschränkt, dass es nicht sehr viele Collegia gab.

Gegen Ende des Altertums hat sich die Idee der Armenpflege unter dem Einfluss des Christentums mehr und mehr entwickelt. Das christliche Gebot „Hilf Deinem Nächsten wie Dir selbst" veranlasste viele Wohlhabende, den Armen in ihrer Not Hilfe zu gewähren. Es gab jedoch keine systematisch betriebene Armenpflege, die mit einer gut eingerichteten Organisation die Hilfsbedürftigen erfasst und unterstützt hätte. Die Christenverfolgung und der Einbruch der Barbaren stand der Ausgestaltung dauernder Fürsorgeeinrichtungen entgegen. Dies musste späteren ruhigeren Zeiten vorbehalten bleiben.

Trotzdem findet sich schon in dem späteren römischen Recht die juristische Idee der Versicherung gegen die Haftpflicht: und zwar machte das römische Recht denjenigen unterstützungspflichtig, der den Unfall eines freien Menschen verursacht hatte. Der Schuldige musste die Aufwendungen für Kurkosten (ärztliche Behandlung) und sogar einen Schadenersatz für den Verlust an Arbeitsgewinn zahlen. [2]).

Es zeigt sich also, dass die Idee der Sozialversicherung dem Altertum noch fremd ist, [3]), dass sich aber schon Ansätze zu einer nicht unbedeutenden Armenpflege nachweisen lassen, und die für die Entwicklung des Gedankens der Sozialversicherung berücksichtigt zu werden verdienen.

---

1) Vergl. P. Moldenhauer — Das Versicherungswesen — I. Bd. Allgemeine Versicherungslehre — 4. Aufl. — Berlin und Leipzig 1925. — S. 22: „....so finden wir Vorläufer der Sterbekassen in den collegia tenuiorum (Vereinen niederer Leute), von denen uns aus den ersten Jahrhunderten n. Chr. mehrere Statuten erhalten sind".

2) Kleeis: a. a. O. S. 20.

3) Die oben erwähnten griechischen „Koinonia" und die römischen „Collegia" waren andererseits noch zu primitiv und in zu geringer Zahl vorhanden, um schon von grosser Bedeutung für die Entstehung der Sozialversicherung sein zu können.

§. 2 Im Mittelalter:

Die Armenpflege unter dem Einfluss der christlichen Religion auf dem europäischen Kontinent. — Die ersten Ansätze zu einer Sozialversicherung bei den alten Knappschaften und Zünften.

Im Mittelalter fand die soziale Fürsorge bald eine weit bessere Ausgestaltung als in der vorausgehenden Periode dank der schnellen Ausbreitung des Christentums und der Niederlassung der Völker in Städten und Dörfern. Der Fürsorgegedanke setzte sich nach dem Einbruch der Barbaren ganz allgemein durch und hat dann auch zu wirklichen Ergebnissen geführt.

So findet man bei den germanischen Völkern eine entwickelte Armenpflege, die hauptsächlich von den Kirchen und Klöstern ausgeübt wurde. Daneben gab es auch eine private Wohltätigkeit in Form von Stiftungen und Almosen.

Eine sehr gut eingerichtete öffentliche Armenpflege entstand, wie schon an anderer Stelle erwähnt (S. 11), unter Karl dem Grossen (786—814), der im Jahre 779 erstmalig in jener Zeit eine Armensteuer auf den Besitz der Grafen und Bischöfe einführte.

Später wurde die Armenpflege von den Zünften und anderen ähnlichen Organisationen ausgeübt; seit Beginn des 15. Jahrhunderts auch von den Städten. Insbesondere verschiedene deutsche Städte begannen die kommunale Armenpflege einzurichten, so Frankfurt a. M. 1437 und Köln 1450.[1]).

Unter dem Einfluss der „Reformation" wurde die Armenpflege in Deutschland dann noch bedeutend verbessert. Jede Stadt musste für ihre Armen sorgen. Im Jahre 1522 erschienen sowohl in Augsburg als auch in Nürnberg Verordnungen, die die Ausgestaltung der kommunalen Armenpflege betrafen.[2]).

Aehnliche Erscheinungen findet man zur gleichen Zeit in England, besonders seit 1550. Im Jahre 1572 legte Edward VI. eine

---

1) Kleeis: a. a. O. S. 28.

2) Ders. a. a. O. S. 28.

Armensteuer auf.[1]). Im Jahre 1601 fasste dann die Königin Elisabeth alle inzwischen erlassenen Armengesetze in dem berühmten „Act for the relief of the poor" zusammen. Damit war eine Armenordnung für England festgelegt, die bis zum Jahre 1834 in Geltung blieb.[2]).

In Frankreich setzte sich der Gedanke der sozialen Fürsorge in ähnlicher Weise durch, besonders nach der Regierung König François I. d. h. nach 1500. Es wurde auch eine Armensteuer auferlegt; zuerst in Paris. Zufolge der Verordnung von Moulins wurde sie dann auf ganz Frankreich ausgedehnt. Andere Länder wie Spanien und die Niederlande zeigen die gleichen Tendenzen in der Entwicklung der Idee der sozialen Fürsorge.[3]).

In Bezug auf die Sozialversicherung lassen sich im ausgehenden Mittelalter die ersten Spuren in den sogenannten Arbeiterversicherungen der alten Knappschaften und Zünfte erkennen.[4]). Die Organisation der Bergknappen — Knappschaften — entstanden im 12. und 13. Jahrhundert und waren die ersten genossenschaftlichen Einrichtungen, die auf dem Gegensei-

---

1) I. N. Angelescu: a. a. O. S. 46.

2) Lujo Brentano: Die Arbeiterversicherung gemäss der heutigen Wirtschaftsordnung. Leipzig 1879. S. 52. Brentano hat sich in einem grossen Teil seines Buches mit der Frage der Armenpflege beschäftigt. Bezüglich der Armensteuer in England zeigt Brentano, dass sie im Laufe der Zeit sehr erhebliche Summen einbrachte. Am Ende des 17. Jahrhunderts entspricht sie einer Summe von rund 900.000 Pfund Sterling, im Jahre 1803 = L. St. 4.077.891 und im Jahre 1878 wuchs sie sogar auf eine Summe von L. St. 7.870.801 an (S. 62).

3) I. N. Angelescu: a. a. O. S. 46.

4) Nach Schmittmann: (Handwörterbuch der Staatswissenschaften a. a. O. S. 623) geht die (deutsche) Sozialversicherung auf eine zweifache Wurzel zurück: „1. die sozialen Gemeinschaftseinrichtungen der älteren Zeit: in den Bruderschaften und Bruderladen des Mittelalters zum Zwecke der Krankenunterstützung und der Begräbnishilfe, in den Knappschaften der Bergleute und den Unterstützungskassen der Handwerksmeister und Gesellen und schliesslich in den freien Hilfskassen. Die andere Wurzel ist die nach privatwirtschaftlichen-kaufmännischen Gesichtspunkten betriebene Lebensversicherung, also ebenfalls die Einrichtung der Selbsthilfe".

tigkeitsprinzip aufgebaut waren.[1]). Sie sind von den Bergarbeitern gegründet worden und bezweckten die gegenseitige Unterstützung der Mitglieder, insbesondere gegenüber den gemeinsamen Berufsgefahren.

Die Unterstützungen wurden aus einer sogenannten „Büchsenkasse" gewährt, die am Anfang durch freiwillige Beiträge unterhalten wurde. Später mit der Einrichtung des „Büchsenpfennigs" wurden die Knappen beitragspflichtig.[2]).

Die Knappschaften gewährten den bedürftigen Mitgliedern Unterstützungen bei Krankheit, Arbeitsunfähigkeit infolge von Arbeitsunfällen oder Invalidität und gewährten sogar Hinterbliebenenunterstützungen. Für Erkrankte und Arbeitsunfähige war ferner eine Weiterzahlung der Löhne für eine bestimmte Zeit (einige Wochen) vorgesehen.[3]).

Nach Kleeis finden sich die ersten geschriebenen Vorschriften über die Organisation der Bergknappen und ihre Knappschaftskassen schon im 13. Jahrhundert, und zwar in der Kuttenberger Bergordnung (mit ihrem lateinischen Namen: „Constitutiones juris metallici")[4]). Diese Bergordnung setzte unter anderem die Höhe der Unterstützungen und Leistungen fest, verordnete die Weiterzahlung der Löhne und die Gewährung von Kurkosten für arbeitsunfähige Arbeiter und führte eine Hinterbliebenenfürsorge ein. Damit sind die für die alten Knappschaftskassen charakteristischen Leistungen dokumentiert.

Die alten Gilden, Zünfte und Gesellenverbände stellen ebenfalls bedeutende Urformen der Sozialversicherung dar, weil sie zum Teil[5]) die gegenseitige Unterstützung der Mitglieder zum Hauptzweck hatten.

---

1) Nach Dawson, W. H.: (Social Insurance in Germany 1883–1911. London 1912. S. 4.), gab es auch in Österreich ähnliche Einrichtungen wie die deutschen Knappschaften, und zwar die „Bruderladen".

2) Kleeis: a. a. O. S. 24—25.

3) I. N. Angelescu: a. a. O. S. 60—61 und 65—66.
Siehe auch W. H. Dawson: a a. O. S. 4.

4) Kleeis: a. a. O. S. 25.

5) Diese Einschränkung beruht auf der Tatsache, dass im allgemeinen für die Zünfte und derartige Einrichtungen die Regelung ihres Arbeitsmonopols der Hauptzweck war.

Die ersten Zünfte (Gilden) entstanden im 12. und 13. Jahrhundert bei den Germanen, Franken und Angelsachsen. Diese Völker haben den Gedanken der gegenseitigen Unterstützung dann soweit entwickelt, dass ihre sozialen Einrichtungen als die Grundlage der heutigen Sozialversicherung angesehen werden können. Die genossenschaftliche Unterstützung in den Zünften erwuchs aus der Notwendigkeit eines engen Zusammenlebens der Handwerksmeister mit den Gesellen und Lehrlingen. Sie wohnten oftmals unter demselben Dache. [1]).

Die Zünfte besassen ebenso wie die Knappschaften eine „Büchsenkasse" für die Beiträge und Spenden. Diese Büchsenkasse wurde bei den alten rumänischen Zünften „Cutia Milelor" [2]) genannt. Die Büchsenkasse hatte im Kleinen die Aufgabe einer Versicherungskasse.

Die Büchsenkasse empfing aus folgenden Quellen ihre Mittel: [3]).

a) wöchentliche Beiträge der Mitglieder, am Anfang freiwillig, später pflichtig;

b) verschiedene Taxen, die auch von den Mitgliedern bei bestimmten Gelegenheiten gezahlt wurden, z. B. bei der Erhebung zum Gesellen- oder Meisterstand;

c) freiwillige Spenden und Stiftungen, die von den Mitgliedern oder aussenstehenden wohltätigen Leuten gegeben wurden.

Aus dem Fonds der „Büchsenkasse" wurden in erster Linie die alten oder kranken Mitglieder und Arbeiter unterstützt. Daneben wurde ein Sterbegeld gewährt und manchmal auch eine Unterstützung an die Hinterbliebenen.

Vor allem die deutschen Zünfte gingen in dem Gedanken der gegenseitigen Unterstützung so weit, dass sie Geldsummen an hilfsbedürftige Mitglieder ausliehen. Wandergesellen Rei-

---

1) Siehe dazu Weddigen: Sozialpolitikk: a. a. O. S. 138. „Im übrigen aber wurde die Fürsorgepflicht des „Brotherrn" für seine ja meist in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Arbeitsleute wohl wesentlich naturaliter betätigt. Eine Handwerksordnung von 1511 (in Freiberg i. S.) besagt ganz allgemein: „Dann hat er (der Meister) Ine (den Gesellen) gehalten inn gesuntheit, so hat er Ine auch in krankenöthen".

2) D. R. Ioanitescu: a. a. O. S. 97—99.

3) Ders.: a. a. O. S. 95—97.

seunterstützungen gewährten und sogar die Überführung arbeitsunfähiger Mitglieder in Krankenhäuser vorsahen.[1]).

Oftmals bauten die reichen Zünfte selbst Krankenhäuser, Armenhäuser und sogar Kirchen, so auch in Rumänien.[2]).

Ferner wurden aus der „Büchsenkasse" an bestimmten Feiertagen die Armen, die auch Ausländer sein konnten, gespeist.[3]).

In Rumänien wurde während 250 Jahren die Armenfürsorge nur von den Zünften und ähnlichen Organisationen und zwar in einem durchaus ausreichenden Umfang ausgeübt.

Rückblickend lässt sich feststellen, dass die Zünfte sowohl Armenfürsorge als auch Sozialversicherung betrieben haben. Die Anfänge der Sozialversicherung sind nunmehr vorhanden, indem aus den eigenen Beiträgen der Mitglieder Unterstützungen an die alten und kranken Mitglieder, bei Sterbefällen und an die Hinterbliebenen gewährt werden.

Die Armenpflege bei den Zünften bestand in der Gewährung von Unterstützungen an die Armen, die keine Mitglieder der Zünfte waren. In den Reiseunterstützungen an die Wandergesellen haben wir die erste Form der Arbeitslosenfürsorge. Die Wandergesellen erhielten gewöhnlich neben Unterhalt und Obdach auch ein „Ortsgeschenk".[4]).

Im 18. und 19. Jahrhundert wurden die Zünfte zum grössten Teil durch Gesetze und Verordnung aufgelöst.

In Deutschland wurden durch die „Reichszunftordnung" von 1731 alle Zünfte der Staatsgewalt unterstellt. Durch diese gesetzliche Regelung verloren die Zünfte ihre Selbständigkeit.[5]).

In Rumänien sind die Zünfte im Jahre 1873 durch eine Verordnung des Ministerrats[6]) vollständig aufgelöst worden.

Zusammenfassend lässt sich für die zweite Periode unserer Untersuchung feststellen, dass die Armenpflege von Anfang bis

---

1) Kleeis: a. a. O. S. 32—33.
2) D. R. Ioanițescu: a. a. O. S. 95.
3) Ders.: a. a. O. S. 98.
4) Weddigen: Sozialpolitik: a. a. O. S. 139.
5) Kleeis: a. a. O. S 35
6) D. R. Ioanițescu: a. a. O. S. 139.

Ende des Mittelalters ausgeübt wird, getragen und entwickelt von der christlichen Religion.

Der Gedanke der Sozialversicherung ist zu Beginn des Mittelalters noch nicht vorhanden, er bildet sich aber gegen Ende des Mittelalters, und zwar nach dem 12. Jahrhundert, in primitiver Form, bei den ersten Knappschaften und Zünften aus.

DRITTES KAPITEL

DIE SOZIALVERSICHERUNG IN DER NEUZEIT.

§ 1. Die treibenden Kräfte für die Gestaltung der modernen Sozialversicherung.

1. Die moderne industrielle Produktionsweise.

Mit Beginn der Neuzeit kristallisiert sich immer mehr und mehr der Gedanke der Sozialversicherung heraus, denn der moderne Industrialismus mit seiner wirtschaftlichen Technik wurde eine treibende Kraft für die Verwirklichung und Ausbreitung der Idee der Sozialversicherung, da erst infolge der maschinellen Produktionsweise in Gross- und Grösstbetrieben das industrielle Arbeiterproletariat in den Städten entstand.

Der moderne Industrialismus, der gekennzeichnet ist durch die Vorherrschaft der maschinellen Produktionsweise und die Entstehung von Gross- und Grösstbetrieben, wurde zuerst in England in der zweiten Hälfte des 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts verwirklicht. Man bezeichnet diese Periode in England als „Industrial Revolution"[1]) wegen der vollständigen Umgestaltung des bisherigen Produktionssystems. Diese wirt-

1) Vergl. dazu C. R. Fay: Great Britain from Adam Smith to the Present Day. London 1932. Kap XVI: „The Industrial Revolution in Retrospect". S. 303—324.

A. Toynbee: The Industrial Revolution of the Eighteenth Century in England. 1884.

P. Mantoux: The Industrial Revolution in the Eighteenth Century. 1906.

L. C. A. Knowles: The Industrial and Commercial Revolution in Great Britain during the Nineteenth Century. 1921.

A. Redford: The Economic History of England (1760—1860). London 1931.

schaftliche Umgestaltung war gleichbedeutend mit einer industriellen Revolution.

Das zunftmässig geordnete Handwerk mit seinen kleinen Werkstätten wurde durch grosse Fabriken und Unternehmungen ersetzt, die an wenigen Arbeitsstätten Hunderte, ja sogar Tausende von Arbeitern beschäftigten.

Der moderne Industrialismus bewirkte eine Umschichtung der Gesellschaft und brachte eine plötzliche und riesige Zusammenballung von Arbeitermassen mit sich; dadurch wurde er eine wirksame und treibende Kraft für die Entwicklung und Gestaltung der modernen Sozialversicherung.[1]).

2. Die Entstehung des Arbeiterproletariats.

Die Entstehung des industriellen Arbeiterproletariats ist die wichtigste treibende Kraft für die moderne Sozialversicherung gewesen, weil die arbeitenden Massen anfangs in einer sehr schlechten sozialen und ökonomischen Lage sich befanden, da die wirtschaftliche Umgestaltung infolge des raschen technischen Fortschritts sich nicht allmählich vollziehen konnte. So sagt Manes: „erst mit der Entstehung des industriellen, jeder Existenzsicherung ermangelnden Proletariats als einer Massenerscheinung hat die Geburtsstunde der Sozialversicherung geschlagen".[2]).

Die Einführung der Sozialversicherung war notwendig und unvermeidlich infolge der zahlreichen Arbeitsgefahren und der elenden Lebensverhältnisse der Arbeitermassen zu Beginn der modernen Industrialisierung, denn wenn man rückschauend die damalige Lage überblickt, so ergibt sich das folgende Bild:

---

1) Siehe dazu Manes: Wörterbuch der Volkswirtschaft. — a. a. O. S. 373: „Zwischen dem gewaltigen Aufschwung des gesamten Wirtschaftslebens im 19. Jahrhundert und der Entwicklung der Zwangsversicherung besteht ein enger Zusammenhang. An die Stelle des früheren patriarchalischen Verhältnisses zwischen Arbeitern und Unternehmertum treten rein geschäftliche Beziehungen; eine neue soziale Schichtung der Bevölkerung entsteht, durch welche die Klasse der Lohnarbeiter in den Vordergrund rückt. Die Fabrikarbeit verdrängt die Handarbeiter, vom Kleinbetrieb geht man zum Grossbetrieb über, grosse und grösste Unternehmungen wachsen immer mehr".

2) Manes: Versicherungswesen. 3. Bd. — a. a. O. — S. 183.

Zunächst brachte die Einführung der neuen Maschinen, des Dampfes und der Elektrizität wegen der mangelnden praktischen Erfahrungen zahlreiche Arbeitsunfälle, d. h. Gefahren für die Gesundheit und das Leben der Arbeiter mit sich. Ferner ein viel zu langer Arbeitstag, in der ersten Zeit zwischen 13 und 15 Arbeisstunden, der nicht nur für die älteren Arbeiter, sondern auch für kleine Kinder von 4—5 Jahren galt.[1]). Das bedeutete erschöpfende Arbeit auch während der Nacht. Dazu eine unzureichende Ernährung, elende Wohnungen und mangelnde Hygiene in den grossen Städten, wegen ihrer zu überstürzten Entwicklung. Ueberdies wurden die Frauen und Kinder zu unangemessen schwerer Arbeit verwendet wie beispielsweise im Bergbau.[2]).

Im Laufe der Zeit kamen noch zwei wichtige Faktoren hinzu, die die soziale und ökonomische Lage der Arbeiter entscheidend beeinflussten: Die dauernde Herabsetzung der Löhne und das Aufkommen der Arbeitslosenmassen als eine Folgeerscheinung des technischen Fortschritts. Durch Erfindung immer neuer, die menschliche Arbeitskraft ersetzender Maschinen, der sogenannte „labour-saving machinery",[3]), wurden immer mehr Arbeitskräfte freigesetzt.

Berücksichtigt man ferner, dass unter den geschilderten Lebensbedingungen Krankheitsfälle bei den Arbeitern viel häufiger vorkommen mussten als zuvor und dass die Arbeitskräfte vorzeitig verbraucht waren, so zeigt es sich, dass die Indutrialisierung des

---

1) So schreibt Weddigen (Sozialpolitik. Jena 1933. S. 142.) zu dem Problem der schweren Arbeit für kleine Kinder: „Die Kirchspielgemeinden liefern die Kinder der Armenfürsorge in Scharen als sog. „Lehrlinge" in die Fabriken. Schon im Alter von 4—5 Jahren kriechen die Kinder bei 13—15 stündiger Arbeitszeit zum Sammeln der Abfälle unter die Maschinen und hüten im Dunkeln die Stollenklappen der Bergwerke".

2) Siehe dazu C. R. Fay: Great Britain from Adam Smith to the Present Day. London 1932. Kap. XVII. „Life and Labour". S. 525—566.
Derselbe: Life and Labour in the Nineteenth Century. 1920.
A. Redford: The Economic History of England. (1760-1860). London 1931. Kap. XI: „Labour legislation and social reform". S. 139-154.

3) Siehe dazu Silverman: The Economics of social problems. London 1928. S. 92: „Unfortunately, the term „labour-saving" is often taken to mean the power to dismiss a number of operatives and to work the remainder as hard as ever, if not actually harder".

Produktionsprozesses eine solche Fülle sozialer und ökonomischer Not auf die Schultern der Arbeiter wälzte, dass eine Reaktion dieser Arbeitermassen zwangsläufig erfolgen musste.

Es machten sich grosse Unruhen bei den Arbeitern bemerkbar. Sie verlangten — und dies mit gutem Recht! — Schutz ihres Lebens gegen die mit der Einführung neuer Maschinen unvermeidlich verbundenen Gefahren. Es sollten Schutzmassnahmen zur Bekämpfung der Arbeitsgefahren getroffen werden, bei Unfällen sollte versucht werden, die Arbeitsfähigkeit des Betroffenen wieder herzustellen. Die Arbeiter forderten nichts mehr und nichts weniger als die Sicherung ihrer Existenz und darüber hinaus die ihrer Familie für ihren Todesfall.

Diese Forderungen der arbeitenden Massen waren nicht nur menschlich verständlich, sondern vollauf berechtigt, denn die Arbeiter waren aus eigener Kraft nicht in der Lage, in dem notwendigen Ausmass sich zu schützen.

Die grossen Staatsmänner, Ökonomisten und Soziologen haben nicht nur die Forderungen der Arbeiter als berechtigt anerkannt, sie sahen auch klar, dass hier das wertvollste nationale Vermögen bedroht war, und machten sich daher zum Wortführer der arbeitenden Massen, indem sie sich für die Verwirklichung der modernen Sozialversicherung einsetzten. Es sind hier zu nennen: Bismarck, Posadowsky, Lloyd George [1]), Ricardo[2]), Adolf Wagner [3]),

---

1) „Lloyd George hat 1911 den grossen Schritt getan, England eine Kranken- und Invalidenversicherung zu geben", so schreibt Moldenhauer: Internationale Sozialpolitik. Vortrag — Leipzig 1927. S. 18. Lloyd George schrieb im gleichen Jahr selbst zum Problem der Sozialversicherung: „The People's Insurance". London 1911.

2) Ricardo hat sich „ganz im Gegensatz zu seiner Lohn- und Preistheorie, praktisch um die Ausbreitung und Entwicklung der Arbeiterversicherung bemüht". Manes, Versicherungswesen. Bd. III. a. a. O. S. 183.

3) Adolf Wagner: Als führender Kopf des Staatssozialismus hat wesentlich beigetragen zur Einführung der Zwangsversicherung. Siehe dazu: I. N. Angelescu: a. a. O. S. 156.

Adolf Wagner: Der Staat und das Versicherungswesen. 1881.

Derselbe: Artikel „Versicherungswesen" in Schönbergs Handbuch der politischen Ökonomie. 4. Aufl, Bd. 2. Tüb. 1898.

Schmoller[1]), Brentano[2]), Richard van der Borght[3]), von Zwiedineck-Südenhorst[4]), Herkner[5]), Lassalle, Robert Owen, Saint-Simon, Victor Considerant, Proudhon, Louis Blanc, Schäffle, Bödiker, u. a. m.

Die Entstehung und die Bildung des modernen Proletariats hat erst das Milieu und den eigentlichen Gegenstand der Sozialversicherung geschaffen ; und zwar darum, weil die Arbeitermassen nicht nur vielen Gefahren infolge des modernen Industrialismus ausgesetzt wurden, sondern insbesondere, weil sie keine Möglichkeit hatten, sich gegen diese Gefahren zu wehren. Dazu trugen die Tatsachen bei, dass die Arbeiter ein schlechtes Einkommen und kein Vermögen hatten, und dass sie aus den früheren Dorfgemeinschaften, Verwandten- und Familienbanden herausgerissen wurden.

Anfangs haben zwar die Arbeiter versucht, aus eigener Kraft Einrichtungen zur Sicherung ihres Lebens gegen die zahl-

---

1) G. Schmoller: Die Soziale Frage. München und Leipzig. 1918. S. 367—450.

2) L. Brentano: Als der Hauptvertreter der sozialliberalen Gruppe hat die Förderung genossenschaftlicher Selbsthilfe der Arbeitnehmerschaft empfohlen. Siehe bei Weddigen: Sozialpolitik. a. a. O. S. 147.

L. Brentano: Die Arbeiterversicherung gemäss der heutigen Wirtschaftsordnung. Leipzig 1879.

3) R. van der Borght: Die soziale Bedeutung der deutschen Arbeiterversicherung. Festgabe für J. Conrad. Jena 1898. S. 183—268.

Derselbe: Artikel „Arbeiterversicherung" (I. Allgemeines. S. 783—795) in Handwörterbuch der Staatswissenschaften. I. Bd. 3. Auflage. Jena 1909.

Derselbe: in „Grundzüge der Sozialpolitik". Leipzig 1904. Kap. 12. „Die Arbeiterversicherung". S. 323—385.

4) V. Zwiedineck-Südenhorst: Die Bedeutung der Sozialversicherung im Wandel der Wirtschaftsentwicklung. (In „Die Betriebskrankenkasse". XXI. Jahrgang. Nr. 17).

Derselbe: In „Sozialpolitik". Leipzig 1911. VII. „Die soziale Versicherung". S. 377—422.

5) Herkner: Die Arbeiterfrage. 8. Aufl. Bd 1. Berlin und Leipzig 1922. (Die Bewährung der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung. S. 378—392.)

Derselbe hat auch in den Preussischen Jahrbüchern (1910 und 1911) gegen die Kritik hinsichtlich der „Belastung der Wirtschaft" geschrieben. Vergl. ferner die Ausführungen im 4. Abschnitt der vorliegenden Arbeit (Problematik — S. 296.)

reichen Arbeitsgefahren zu schaffen, indem sie Hilfsvereine, Hilfskassen und ähnliche Einrichtungen gründeten, die auf dem Grundsatz der Selbsthilfe und der gegenseitigen Unterstützung beruhten. Aber weil die verfügbaren Mittel der Arbeiter nur beschränkt waren, konnten die Selbsthilfemassnahmen der Arbeiter keine wirkliche und dauernde Abhilfe schaffen. Die Unruhen unter den Arbeitermassen wurden daher immer häufiger und immer gefährlicher. Schliesslich konnten sowohl die Arbeitgeber als auch der Staat die berechtigten Forderungen der Arbeiter nicht mehr länger unberücksichtigt lassen und mussten ihrerseits helfend eingreifen.

3. Die soziale Einstellung der Arbeitgeber.

Die Arbeitgeber sahen ein, dass die finanziellen Mittel der Arbeiter für eine Unfallversicherung zu gering waren, andererseits aber scheuten gerade ihre besten Arbeiter die gefährlichen Arbeiten, eben weil sie den Berufsgefahren schutzlos preisgegeben waren. So kamen die Arbeitgeber zu der Erkenntnis, dass sie in ihrem eigenen Betriebsinteresse Versicherungseinrichtungen für ihr Personal schaffen bezw. sich an den finanziellen Lasten der Arbeiterselbsthilfeeinrichtungen beteiligen müssten. Sie kamen andererseits in der finanziellen Unterstützung der Arbeiterhilfskassen in gewissem Sinne auch nur einer selbstverständlichen Verpflichtung nach, denn bei den meisten Unfällen lag ein Mitverschulden auf ihrer Seite, weil sie beispielsweise bei der Bedienung der Maschinen keine ausreichenden Unfallverhütungsschutzmassnahmen getroffen hatten.

Für die Gestaltung der modernen Sozialversicherung wurden die Arbeitgeber somit zu einer treibenden Kraft, indem sie selbst Versicherungseinrichtungen schufen und darüber hinaus allgemein den sozialpolitischen Forderungen der Arbeiter ein weitgehendes Verständnis entgegen brachten.

4. Das Eingreifen des Staates.

So wichtig die drei bisher aufgezeigten treibenden Kräfte für die Gestaltung der modernen Sozialversicherung, nämlich die mo-

derne industrielle Produktionsweise, die Entstehung des Arbeiterproletariats und die Hilfsmassnahmen der Arbeitgeber gewesen sein mögen, so ist die Verwirklichung der modernen Sozialversicherung doch in erster Linie auf die Mitwirkung des Staates zurückzuführen.

Es ist im wesentlichen drei Faktoren, die den Staat dazu führen, eine so wichtige soziale Einrichtung zu schaffen.

1. Weltanschauliche Gründe,
2. politische Gründe und
3. sozial-wirtschaftliche Gründe.

1. Die Weltanschauung der Staaten hatte sich seit der französischen Revolution, die den Begiff der Menschenrechte prägte, grundlegend geändert. Der auf Privilegien aufgebaute Staat brach allmählich zusammen. Die führenden Staatsmänner machten sich die neuen Gedanken zu eigen. Es formte sich der bürgerliche Staat, der auf den Postulaten Egalité, Fraternité und Liberté beruhte. Dieser bürgerliche Staat aber musste notwendigerweise auf die Forderungen der Mehrheit seiner Bürger, nämlich der arbeitenden Massen, Rücksicht nehmen und sie allmählich zu erfüllen suchen

2. Der bürgerliche Staat hatte aber auch aus eigenen staatspolitischen Gründen ein Interesse daran, die Arbeitermassen für sich zu gewinnen, indem er das Los des Proletariats zu bessern strebte. So wurden in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts in fast allen Industriestaaten sozialpolitische Gesetze erlassen. Solche aus staatspolitischen Erwägungen geschaffene Sozialversicherungsmassnahmen sind beispielsweise die Bismarck'schen, die unter anderem auch den Zweck verfolgten, den politischen Gegner — die Sozialdemokraten — zu schwächen und die Arbeitermassen für die Politik des von ihm geführten Staates zu gewinnen, d. h. die Arbeitermassen an das Reich zu fesseln.[1]).

Die Gefolgschaft der Arbeitermassen war aber auch ein Selbst-

---

1) Vergl. dazu Schmoller G.: Die soziale Frage. München und Leipzig 1918. S. 394: Die Hauptnote der Bismarck'schen Sozialversicherungsgesetze war „Bismarcks Glaube an die soziale Mission des Staates, seine Absicht, die Arbeiter durch Reichseinrichtungen an das Reich zu fesseln".

erhaltungsproblem des Staates, denn der zufriedene Arbeiter ist ein Garant des Friedens, der Ordnung, Sicherheit und Ruhe innerhalb dieses Staates. Dagegen ist der verunglückte, erkrankte Arbeiter, der sich plötzlich ohne Pflege und Unterhaltsmöglichkeiten einem ungewissen Los preisgegeben sieht, ein ständiger Unruhenherd, nicht nur, dass er sich als das schuldlose Opfer eines verhassten Industriesystems sieht, sondern dass auch seine gesunden und kräftigen Arbeitskameraden in ihm deutlich sehen, was sie über kurz oder lang erwartet.

3. Nicht weniger bedeutend waren die sozial-wirtschaftlichen Gründe, die die Staaten veranlassten, die Sozialversicherung zu verwirklichen. Der Staat, der nicht nur der Garant der bürgerlichen Ordnung, sondern auch im wirtschaftlichen Sinne den modernen Industriestaat vertritt, hat ein lebhaftes Interesse daran, dass die arbeitenden Massen gesund, arbeitswillig und zufrieden sind, denn nur unter diesen Voraussetzungen kann er im wirtschaftlichen Konkurrenzkampf mit den anderen Staaten Sieger bleiben.

Schliesslich musste der Staat, eben als Vertreter der Nation, in seinem eigenen Interesse Anteil nehmen an der Beseitigung der sozialen Not der Arbeiter. Als Vertreter der Nation musste er Massnahmen für die Existenzsicherung der Arbeitermassen ergreifen, denn für den Staat ist das lebendige Kapital — d. s. die Menschen und insbesondere die arbeitenden Massen — das wichtigste Kapital der Nation[1]). Es ist daher nicht vorstellbar, dass sich ein Staat der Verpflichtung entzieht, dieses sein höchstes Lebensgut zu erhalten, während er sogar Massnahmen zur Erhaltung des toten Kapitals einführt. Dass andererseits die Sozialversicherung die beste Form zur Erhaltung dieses lebendigen Kapitals ist, wird nicht mehr bezweifelt, denn ohne die Sozialversicherung müssten dann die Staaten die Staatsbürger, die ein Opfer

---

1) D. R. Ioanițescu: a. a. O. S. 285, und F. Zahn: Belastung durch die deutsche Arbeiterversicherung. Zeitschrift für die ges. Versicherungswissenschaft. Bd. 12. Berlin 1912. S. 1159: „Das Volk, die Volkskraft ist das kostbarste Gut der Nation, es ist das organische Nationalkapital, das in weitem Umfang den Mutterboden der Kultur und der wirtschaftlichen Produktivität darstellt".

ihrer Berufstätigkeit geworden sind, aus öffentlichen Mitteln unterstützen.

Dass andererseits erst unter der Mitwirkung des Staates die Sozialversicherung eine wirklich den Bedürfnissen der Versicherten entsprechende Gestaltung finden konnte, zeigt die Geschichte der Verwirklichung der modernen Sozialversicherung. So wurde der Staat zu dem entscheidenden Faktor für die Gestaltung der Sozialversicherung. Er hat sie nicht nur in ihrer heutigen Form ins Leben gerufen, er war gleichzeitig ihr Garant und flösste damit den arbeitenden Massen das nötige Vertrauen zu dieser sozialen Einrichtung ein. Und nicht zuletzt gab der Staat durch seine Garantiefunktion erst der Sozialversicherung die notwendige sichere finanzielle Grundlage.

Die ersten Staaten, die Massnahmen zur Existenzsicherung der arbeitenden Massen und zum Arbeiterschutz eingeführt haben, waren die europäischen Industriestaaten, insbesondere Deutschland und England. Deutschland ist das erste Land in der Welt gewesen, das die obligatorische Sozialversicherung eingeführt hat, und England ist immer führend gewesen auf dem Gebiete des modernen Arbeiterschutzes [1]). Der Grund dafür ist darin zu sehen, dass die europäischen Industriestaaten zu keiner Zeit eine langanhaltende Periode der Prosperität und hoher Löhne hatten [2]). Dagegen haben die Vereinigten Staaten von Nordamerika bis in die jüngste Zeit nicht an die Einführung der Sozialversicherung gedacht, weil sich ihre Wirtschaft bislang in einer ununterbrochenen Prosperität befand, die ihnen die Möglichkeit gab, immer hohe Löhne zu bezahlen [3]).

§ 2. Die ersten Verwirklichungen der modernen Sozialversicherung.

1. Die ersten Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeitnehmer.

Wie schon im vorigen Paragraphen gezeigt wurde, lösten die soziale Notlage der arbeitenden Massen nicht nur die allmählich

1) Siehe dazu W. Weddigen: Sozialpolitik. — a. a. O. — S. 141.
2) Vergl. Manes: Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 184.
3) Vergl. die Ausführungen in dieser Arbeit. S. 13—14.

zu erheblichem Umfang anwachsenden Unruhen unter den Arbeitern aus, sondern bewog auch die Arbeiter wenigstens zu versuchen, aus eigener Kraft soziale Unterstützungseinrichtungen zu schaffen. So wurden die ersten selbständigen Unterstützungs- und Hilfskassen der Arbeitnehmer in Deutschland, England, Frankreich und anderen europäischen Industriestaaten ins Leben gerufen. Aber auch die Arbeitervereine wurden durch die soziale Notlage der arbeitenden Massen bewogen, ihren Mitgliedern in Notfällen Unterstützung zu gewähren.

a) Die Unterstützungs- und Hilfskassen der Arbeiter.

Die ersten Unterstützungs- und Hilfskassen der Arbeitnehmer tauchen während des 18. Jahrhunderts in den europäischen Industrieländer auf. Den Höhepunkt erreichte diese Entwicklung aber erst im 19. Jahrhundert. Die Unterstützungs- und Hilfskassen wurden entweder von den Arbeitnehmern allein oder von ihren Vereinen gegründet und beruhten, wie schon an anderer Stelle gesagt, auf dem Grundsatz der Selbsthilfe und der gegenseitigen Unterstützung. Sie waren im allgemeinen freiwillige Einrichtungen, doch gab es gelegentlich auch Kassen, die einen bestimmten Zwang vorsahen, so einen Beitritts- oder Beitragszwang. Diese Form war in Deutschland häufig.

Das Hilfskassenwesen hat in England die weiteste Verbreitung gefunden. Schon im 18. Jahrhundert gab es in England zahlreiche Unterstützungsvereine, friendly societies, Klubs, boxes, usw. [1]). Diese Einrichtungen wurden insbesondere von den französischen Protestanten, die im Jahre 1685 in England eingewandert waren, errichtet. [2]). Am bedeutendsten und am meisten verbreitet waren die sehr bekannten „Friendly Societies". Nach C. R. Fay ist eine „friendly society" ein auf Gegenseitigkeit begründeter Unterstützungsverein der ärmeren Klasen, welcher in Krankheits-, Sterbe- oder anderen Notfällen Unterstützungen gewährt. [3]).

1) G. Schmoller: Die soziale Frage. — a. a. O. — S. 380.
2) Derselbe: Ebenda. S. 380.
3) C. R. Fay: Great Britain, a. a. O. S. 405: „A Friendly Society may be defined as a mutual insurance society of the poorer classes for emergencies arising out of sickness, death and other causes of distress".

Das Hilfskassenwesen bestand in England bis zum 20. Jahrhundert und hat sich bis dahin auch ständig ausgedehnt. Etwa in den Jahren zwischen 1850—1870 wurden in England die ersten reinen Begräbniskassen geschaffen,[1]), und im Jahre 1875 wurde ein bedeutendes Hilfskassengesetz eingeführt[2]). Neben den „friendly societies" entstanden seit dem Ende des 19. Jahrhunderts noch andere ähnliche Einrichtungen, nämlich die sog. „Collecting Societies" und die „Industrial Assurance Companies", die auch in erster Linie für die Arbeitermassen geschaffen wurden.[3]).

In Deutschland wurden die ersten Unterstützungskassen der Arbeitnehmer in der zweiten Hälfte des 18. und zu Anfang des 19. Jahrhunderts errichtet. Rechnet man dagegen zu diesen ersten Unterstützungskassen auch die Knappschafts- und Innungskassen, dann würden die ersten derartigen Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiter in Deutschland viel früher entstanden sein als in allen übrigen Ländern.

Von den neueren Unterstützungskassen ist beispielsweise die Krankenkasse der Grossbäcker-Gesellen von Hamburg erwähnenswert, die im Jahre 1794 errichtet wurde. Ihre Bedeutung ergibt sich aus zwei wichtigen Vorschriften. Sie war eine Pflichtversicherung für alle Grossbäcker-Gesellen von Hamburg und sie zahlte ein Krankengeld.[4]).

Sehr beliebt und verbreitet waren in Deutschland seit dem Ende des 18. Jahrhunderts die sog. Begräbnis- oder Sterbekassen, die beim Tode eines versicherten Mitgliedes den Hinterbliebenen zur Bestreitung der Bestattungskosten eine Beihilfe gewährten[5]).

Ganz allgemein fanden die Unterstützungskassen in Deutschland seit Ende des 18. Jahrhunderts eine starke Verbreitung. So

1) G. Schmoller: Die soziale Frage. a. a. O. S. 380.
2) I. N. Angelescu: a. a. O. — S. 68.
3) Ebenda.
4) Kleeis: — a. a. O. — S. 38.
5) So wurde schon im Jahre 1780 eine „Grosse Sterbekasse" in Aschersleben gegründet, der jedermann beitreten konnte. — Kleeis: a. a. O. S. 40.
Nach Schmoller (Die soziale Frage. a. a. O. S. 380) „waren die Begräbnis- und Krankenkassen allerwärts der Ausgangspunkt".

bestanden denn am Anfang des 19. Jahrhunderts in fast allen deutschen Städten verschiedene Arten solcher Einrichtungen, beispielsweise Krankenkassen, Altersversorgungskassen, Invalidenkassen, Witwenkassen, Sterbekassen, u. a. m. Unter den deutschen Städten, die um jene Zeit mehrere Arten solcher Unterstützungskassen nebeneinander besassen, sind zu nennen: Berlin, Hamburg, München, Dresden, Hannover, Stuttgart, Frankfurt a. M., Kassel, Halle, Göttingen, Magdeburg [1]).

Von sehr grosser Bedeutung für die damalige Zeit waren in Deutschland auch die sog. Hilfskassen oder Arbeiterhilfskassen [2]), dies kommt nicht nur in ihrer relativ hohen Zahl [3]), sondern auch in dem zahlreichen Schrifttum zum Ausdruck, das über diese Hilfskassen geschrieben wurde [4]).

Unter den deutschen Hilfskassen gab es zwei Arten: die freien Hilfskassen, die zufolge des Gesetzes vom 7. April 1876 eingeschriebene Hilfskassen genannt wurden, und die Zwangs-

---

1) Kleeis: a. a. O. S. 41.

2) Nach Dawson, W. H. (a. a. O. S. 7) waren die deutschen Hilfskassen mehr oder minder nach dem Vorbild der englischen „friendly societies" gebildet.

3) Es gab in Deutschland im Jahre 1876 bereits 6594 Hilfskassen mit 1.839.652 Mitgliedern und rund 54 Mill. Mark Vermögen. Kleeis a. a. O. S. 70.

4) L. Brentano hat einen wesentlichen Teil seines Buches „Die Arbeiterversicherung gemäss der heutigen Wirtschaftsordnung" Leipzig 1879 — den deutschen Arbeiterhilfskassen eingeräumt. Vergl. das 2. Buch. Kap. II „Die deutschen Arbeiterhilfskassen" S. 126—190 und im Anhang das Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen vom 7. April 1876.

Max Hirsch: Die gegenseitigen Hilfskakssen und die Gesetzgebung. Stuttgart 1876.

H. B. Oppenheim: Die Hilfs- und Versicherungskassen der arbeitenden Klassen. Berlin 1875.

Schäffle: Vereinigter Versicherungs- und Spardienst bei Zwangshilfskassen. Tübingen 1884.

M. Wagner: Die deutsche Arbeiterversicherung, ihre Entstehung und Weiterentwicklung. Berlin 1906.

Hilfskassen, die im allgemeinen in ihren Statuten eine Beitritts- und Beitragspflicht vorsahen [1]).

Die Entwicklung der Zwangshilfskassen fand eine starke Förderung in der preussischen Gewerbeordnung vom 17. Januar 1845 und in zwei weiteren preussischen Gesetzen vom Jahre 1849 und 1854, die die Errichtung solcher Kassen vorsahen [2]).

Einige Hilfskassen kannten sogar eine Beitragspflicht der Unternehmer, insbesondere infolge der Verordnung von 1854.

In Frankreich gab es vor der französischen Revolution zahlreiche katholische und protestantische Hilfskassen bei Bruderschaften, Zünften, Vereinen, usw. Diese Hilfskassen gewährten verschiedene Unterstützungen; es gab aber keine Rechtsverbindlichkeit für die einzelnen Leistungen [3]).

Diese Einrichtungen wurden aber im Jahre 1789 grösstenteils vernichtet, da man auch in ihnen eine Behinderung des Freiheitsdranges sah. Einige Hilfskassen konnten sich jedoch heimlich erhalten, und tauchten später, nach 1830, besonders aber nach Erlass des Gesetzes von 1834, das ihre Tätigkeit wieder gestattete, falls sie von der Regierung genehmigt wurden, wieder auf [4]). Seit dieser Zeit wuchs die Zahl der Hilfskassen in Frankreich sehr rasch. Sie sind bekannt unter dem Namen „sociétés de secours mutuels". Anfangs breiteten sich die „sociétés de secours mutuels" vornehmlich in den Frabrikgegenden [5]). Durch das Gesetz von 1850 fanden sie eine Sicherung ihrer Existenz und eine weitere Förderung. Dieses Gesetz unterscheidet zwei Arten von Hilfskassen, die „associations libres", die lediglich der Genehmigung der Regierung bedürfen, und die „sociétés approuvées", die unter einer strengeren Staatsaufsicht stehen [6]).

Der Vollständigkeit halber seien noch zwei Versuche seitens

---

1) Nach Kleeis: a. a. O. S. 67, kann man schon in diesen Zwangshilfskassen und ihren Vorschriften den Anfang der neuzeitlichen Zwangsversicherung gegen Krankheit sehen.

2) Nähere Angaben bei Kleeis, a. a. O. S. 67—68 und I. N. Angelescu, a. a. O. S. 65—66.

3) G. Schmoller: Die soziale Frage, a. a. O. S. 387.

4) I. N. Angelescu: a. a. O. S. 63—64 und 69.

5) G. Schmoller; a. a. O. S 387.

6) I. N. Angelescu: a. a. O S. 69—70.

des Staates erwähnt, die die Schaffung nationaler Versicherungskassen in Verbindung mit den bestehenden Hilfskassen zum Ziele hatten. Es handelt sich um die „Caisse nationale des retraites pour la vielliesse", die im Jahre 1850 gegründet wurde, und um die „Caisse nationale d'assurance en cas de décés" aus dem Jahre 1868. Beide Einrichtungen haben aber keine nennenswerte Ausdehnung erreichen können [1]).

In Italien finden sich im 19. Jahrhundert ähnliche Einrichtungen wie in den zuvor genannten Ländern. Hier werden diese Hilfskassen „società di mutuo soccorso" genannt. Im Jahre 1898 wurde auch in Italien eine nationale Versicherungskasse der Arbeiter für die Invaliditäts- und Altersversicherung der Arbeiter geschaffen. Sie hiess „Cassa nazionale di previdenza per la vecchiaia e per la invalidità degli operai" und ist in ihrem organisatorischen Aufbau stark beeinflusst von dem deutschen Sozialversicherungssystem [2]).

Aehnliche Unterstützungs- und Hilfskassen wie in Deutschland, England und Frankreich gab es auch in Belgien, Österreich und anderen europäischen Ländern [3]).

b. Die sozialen Unterstützungen der Arbeitervereine — Trade-Unions — Gewerkschaften — Syndicats ouvriers.

In England entstanden die ersten Arbeitervereine, die unter dem Namen „Trade-Unions" allgemein bekannt sind, gleichzeitig mit der „Industrial Revolution" und entwickelten sich seit dieser Zeit auch sehr rasch. Besonders breiteten sich die Trade Unions seit 1824/25 aus, nach dem die „Combination Laws" von 1799—1800 aufgehoben waren, die die Errichtung irgendwelcher Vereine und die Bildung von Vereinigungen verboten. Die Entwicklung vollzog sich nunmehr so schnell, dass Robert Owen im Jahre 1834

---

1) G. Schmoller: a. a. O. S. 387—388 und I. N. Angelescu: a. a. O. S. 70—71.

2) I. N. Angelescu: a. a. O. S. 72.

3) I. N. Angelescu: a. a. O. S. 62—72.

schon einen nationalen Arbeiterverein — die „Grand National Consolidated Trades-Union" — gründen konnte [1]).

Etwas später als in England wurden auch in Deutschland ähnliche Arbeitervereine — die Gewerkschaften — ins Leben gerufen.

Im Jahre 1863 gründete Ferdinand Lassalle in Deutschland wie zuvor Robert Owen in England einen nationalen Arbeiterverein und zwar den Allgemeinen Deutschen Arbeiterverein. Daneben beabsichtigte Lassalle auch die Gründung einer Versicherungsgesellschaft. Diese geplante „Deutsche Arbeiterversicherungsgesellschaft" ist aber nie ins Leben getreten [2]).

Hirsch und Dunker waren mit ihren Gründungen erfolgreicher, denn sie haben neben vielen Arbeitervereinen auch gewisse gewerkschaftliche Versicherungseinrichtungen geschaffen [3]).

In Frankreich zeigten sich unter den Arbeitermassen die gleichen Bestrebungen nach der Gründung von Arbeitervereinen. Dort entstanden vornehmlich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die „Syndicats ouvriérs".

Belgien folgte zeitlich und in der Ausgestaltung seiner Arbeitervereine dem französischen Beispiel.

Die grosse Bedeutung der Arbeitervereine für die Ausgestaltung des Arbeiterversicherungswesens besteht darin, dass diese Arbeitervereine sich neben anderen Hauptzwecken die gegenseitige Unterstützung ihrer Mitglieder in Notfällen zur Aufgabe machten.

Fast alle Arbeitervereine richteten ein Unterstützungssystem ein, das die Art und Höhe der Unterstützungen nach der Zwecksetzung des Vereins und der Höhe der Beiträge regelte. So gab

1) Zur Entwicklung der „Trade-Unions" siehe bei:
Sidney and Beatrice Webb: The History of Trade-Unionism. London 1894 (neu 1920).
C. R. Fay: Great Britain from Adam Smith to the Present Day. London 1932. Kap. XIX. „The Organisation of labour". S. 380—405.
Redford: The Economic History of England, 1760—1860. London 1931. Kap. X. „Labour Organisation and co-operation". S. 125—138.
Silvermann: The Economics of social problems. London 1928. Kap. VII. „The Trade-Union Movement" S. 131—154.
Cole: Organised Labour, 1924. Siehe „Introduction".

2) Kleeis: a. a. O. S. 61.

3) Manes: Versicherungswesen. 3. Bd. a. a. O. S. 186.

es bei den englischen Arbeitervereinen — Trade-Unions — drei Arten von Unterstützungen, d. h. „insurance benefits": [1]).

a) Krankengeld und Sterbegeld,

b) Arbeitslosenunterstützungen,

c) Unterstützungen bei Streiks oder anderen industriellen Unruhen.

Diese gut organisierte gegenseitige Unterstützung der Mitglieder bei den englischen Arbeitervereinen, daneben die Tätigkeit der „friendly Societies" bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts und der ebenfalls sehr gut entwickelten Privatversicherungsgesellschaften bewirkten allerdings in England, dass das Sozialversicherungswesen erst spät (1911) eingeführt wurde.

Eine weitere Bedeutung der Arbeitervereine für die Entwicklung der modernen Sozialversicherung liegt darin, dass sie eigene Unterstützungs- und Hilfskassen für ihre Mitglieder errichteten. Dies war besonders in Deutschland sehr häufig der Fall. Die bei den Arbeitervereinen gegründeten Erwerbslosenkassen sind in diesem Zusammenhang ebenfalls zu erwähnen. Dieselben erlangten oft durch Staatshilfe eine so sichere Grundlage, dass sie den Erwerbslosen in gewissem Umfang einen festen Rückhalt bieten konnten [2]).

2. Die Versicherungseinrichtungen der Arbeitgeber.

In den 50er und 60er Jahren des 19. Jahrhunderts setzt sich dann auch bei den Arbeitgebern die Überzeugung durch, dass nicht nur die Forderungen der Arbeiter berechtigt sind, sondern dass es im ureigensten Betriebsinteresse der Unternehmer liegt, Wohltätigkeits- und Hilfseinrichtungen für ihr Personal zu schaffen. So verdanken eine ganze Reihe derartiger Einrichtunegn wie Krankenhäuser, Labestellen, Verbandszimmer, Arbeiterversicherungskassen, vielfach gleichzeitig mit eigenen Beiträgen der Arbeiter, ihre Entstehung der freien Initiative der Arbeitgeber [3]).

1) Silvermann: — a. a. O. — S. 147.

2) Internationales Arbeitsamt: Grundprobleme der Sozialversicherung. Reihe M — Nr. 1. — Genf 1925. „Geschichtliche Entwicklung". S. XIII.

3) Schmoller: a. a. O. S. 382.

In England wurden im 19. Jahrhundert von den grossen Unternehmungen sowie den Eisenbahn- und ähnlichen Gesellschaften viele Kranken-, Begräbnis- und Alterskassen für ihre Arbeiter gegründet.

Innerhalb Deutschland entstanden besonders in Preussen, das für die anderen Länder zum Vorbild wurde, infolge der günstigen preussischen Gewerbeordnung von 1845 und 1849 eine ganze Reihe von Betriebs- und Fabrikkrankenkassen[1]).

Im Rahmen ihrer finanziellen Mittel bezweckten die Arbeitgeber auf diese Weise, das sie ihrem Betrieb eine tüchtige, zuverlässige und gesunde Arbeiterschaft erhielten[2]).

Obwohl durch das Zusammenwirken der von Arbeitnehmern und Arbeitgebern errichteten Versicherungseinrichtungen mancher Notstand beseitigt wurde, konnte doch auf der Basis der freien Initiative das Problem der Existenzsicherung der Arbeitermassen keine restlos befriedigende Lösung finden, und zwar aus zweierlei Gründen:

Erstens waren diese Versicherungseinrichtungen im allgemeinen freiwillig, also nicht pflichtig wie heute zumeist im modernen Sozialversicherungssystem, und

zweitens erfassten diese Versicherungseinrichtungen, insbesondere wenn sie von den Arbeitnehmern selbst gegründet waren, nur die bestbezahlten Arbeitskräfte, da nur sie einen Teil ihres Lohnes für Mitgliedsbeiträge zu einem Arbeiterverein oder einer Unterstützungskasse erübrigen konnten. Für die nur wenig entlohnten Arbeitskräfte waren diese Beiträge unerschwinglich.

Und wenn man die Einrichtungen der Arbeitgeber überschaut, so ergibt sich auch hier, dass im allgemeinen nur die Arbeitsgeber der Grossindustrien solche Versicherungseinrichtungen ins Leben riefen. Die Arbeitnehmer dieser Industrien waren aber meist Spezialfacharbeiter und bekamen als solche ohnehin höhere bezw. die höchsten Löhne. In den mittleren und kleineren Industrien, in denen die Arbeiter geringer oder gar nur ganz minimal entlohnt

1) Kleeis: a. a. O. S. 72.

2) Internationales Arbeitsamt: „Grundprobleme der Sozialversicherung„ a. a. O. S. X.

wurden, kümmerten sich die Arbeitgeber kaum um die Errichtung solcher Versicherungseinrichtungen.

Aus diesen beiden Momenten ergibt sich, dass die von den Arbeitnehmern selbst ebenso wie die von den Arbeitgebern gegründeten Versicherungseinrichtungen das Problem der Arbeiterversicherung nicht befriedigend lösen konnten, weil auf der Basis der freien Initiative gerade diejenigen Arbeitskräfte, die wegen ihrer geringen Entlöhnung die Sozialversicherung in erster Linie brauchten, von diesen Einrichtungen nicht erfasst wurden. Hier zeigt sich die überragende Bedeutung der obligatorischen Sozialversicherung, die alle Arbeitenden, also auch die schlecht bezahlten Arbeiterklassen in den Genuss der Wohltaten der Sozialversicherung setzt. Aus der Erkenntnis, dass ein Versicherungsschutz erst dann für eine Volksgemeinschaft sinnvoll ist, wenn durch ihn die Existenzsicherung aller Arbeitenden gewährleistet ist, ergibt sich für den Staat die Notwendigkeit, seinerseits helfend und regelnd einzugreifen.

3. Das Eingreifen des Staates — die Unternehmerhaftpflicht.

Zu Beginn der Periode des modernen Industrialisierungsprozesses glaubten die Staaten ihren Verpflichtungen den Arbeitermassen gegenüber durch eine Verbesserung der öffentlichen Fürsorge nachkommen zu können.

Als sich diese Bestrebungen mit der fortschreitenden Industrialisierung als unzulänglich, vor allem aber als zu kostspielig erwiesen, suchten und fanden die Staaten in der Schaffung der Unternehmerhaftpflicht eine gewisse finanzielle Entlastung der öffentlichen Mittel. Erst als sich später zeigte, dass auch diese Methode eine gewisse Existenzsicherung der Arbeitermassen nicht gewährleisten konnte, entschlossen sich dann die Industriestaaten zur Einführung und Einrichtung der Sozialversicherung.

Es zeigt sich also, dass die Industriestaaten die Arbeitgeberhaftpflicht eingeführt haben, nicht nur, weil diese eine bestimmte Existenzsicherung des Proletariats war, sondern auch weil sie eine gewisse finanzielle Entlastung des Staates und der Gemeinden bedeutete.

Die Idee der Verantwortlichkeit der Arbeitgeber[1]) gegenüber ihren Arbeitnehmern fand zuerst in Deutsch-

1) Der Begriff der Verantwortlichkeit des Unternehmers hat auch verschiedenen Wandlungen erfahren, ehe er in dem Haftpflichtrecht seine endgültige Formulierung fand. Zur Frage der rechtlichen Verantwortlichkeit des Unternehmers bei Betriebsunfällen gab es vor der Schaffung des Haftpflichtgesetzes insbesondere in den romanischen Ländern drei verschiedene Theorien. Die erste ist die Theorie des sog. deliktuellen (verschuldeten) Verantwortlichkeit, die auf dem Artikel 998 des französischen — und später auch des rumänischen — Bürgerlichen Gesetzbuches („Code civil") beruht. Zufolge dieser Theorie konnte der bei einem Betriebsunfall verletzte Arbeiter eine Entschädigung verlangen, wenn er beweisen konnte, dass die Schuld auf Seiten des Arbeitgebers lag. Es war für den verletzten Arbeiter natürlich sehr schwer, diesen Beweis zu führen; mit Hilfe dieser Theorie wurde der Arbeiter in eine sehr ungünstige Position gedrängt. Die zweite Theorie ist die der sog. kontraktuellen (vertraglichen) Verantwortlichkeit. Sie wurde in Belgien insbesondere durch Sainctelette und in Frankreich durch Sauzet entwickelt. Die Theorie geht von Arbeitsvertrag aus, der zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber geschlossen wird. Aus diesem Arbeitsvertrag folgerte man, dass der Unternehmer durch diesen Vertag die Arbeitskraft des Arbeiters gemietet habe. Aus diesem Grunde müsse er den Arbeiter bei Beendigung des Vertrages in demselben Gesundheitszustand entlassen, in dem er sich bei Vertragsschliessung befand. Es kommt hier dieselbe Gedankenführung zum Ausdruck wie der Mietung irgend einer Sache, also beispielsweise eines Hauses oder einer Wohnung, die man auch in demselben Zustand an den Vermieter zurückgeben muss, in dem sie sich bei Vertragsschluss befand. Zufolge dieser Theorie lag die Beweislast nicht mehr auf Seiten des Arbeitnehmers, sondern der Arbeitgeber musste das eigene Verschulden des Arbeitnehmers bei dem Betriebsunfall nachweisen, wenn er aus seiner Haftpflicht frei kommen wollte. Diese Rechtslage bedeutete für den Arbeitnehmer einen grossen Fortschritt, aber eine wirklich befriedigende Lösung stellte sie auch noch nicht dar Die dritte Theorie ist die der sog. zivilen Verantwortlichkei und wurde von Saleilles und Josserand begründet. Sie stützt sich auf Artikel 1000 des „Code civil", wonach der Eigentümer einer Sache für alle Schäden verantwortlich ist, die von der Sache verursacht werden. Nach dieser Theorie musste der Arbeitgeber den infolge eines Betriebsunfalls verletzten Arbeiter entschädigen, weil der Arbeitgeber Eigentümer sowohl der Maschinen als auch des Betriebes war. Lediglich der Tatbestand des Eigentumverhältnisses schafft hier für den Arbeitgeber das Risiko und demzufolge die Verpflichtung zur Schadenersatzleistung. Der Arbeitgeber konnte sich zwar auch hier von der Schadensleistung entpflichten, er musste dann aber beweisen können, dass der Arbeiter den Unfall mit Absicht herbeigeführt hatte. Diese Theorie schafft für den Arbeitnehmer die günstigste Rechtslage. Trotzdem hat sie keine

Land am Ende des 18. Jahrhunderts und während des 19. Jahrhunderts in den folgenden Gesetzen eine Verwirklichung: [1])

1. Für das Gesinde im Allgemeinen Preussischen Landrecht (1794) und später in der preussischen Gesindeordnung vom Jahre 1810;

2. Für die Schiffsmannschaften ebenfalls im Allgemeinen Preussischen Landrecht und später in der Seemannsordnung vom Jahre 1872;

3. Für die Handlungsgehilfen (kaufmännischen Angestellten) im allgemeinen Handelsgesetzbuch vom Jahre 1861 und

4. Für die in Fabriken, Bergwerken, Steinbrüchen und Gräbereien Beschäftigten im Haftpflichtgesetz vom 1871.

In England wurden am Ende des 19. Jahrhunderts ebenfalls Gesetze betreffend die Arbeitgeberverantwortlichkeit eingeführt. So wurde im Jahre 1880 die sog. „Employers Liability Act" in Kraft gesetzt. Dieses Gesetz wurde aber im Jahre 1898 durch ein neues Gesetz abgelöst, das den Grundsatz des deutschen Haftpflichtgesetzes von 1871 einführte. Auf diesem Grundsatz beruhte dann auch das letzte Gesetz vom Jahre 1906, die „Workmen Compensation Act", das bis heute in England in Geltung ist [2]).

Die gleichen Grundsätze und Bestimmungen wie das deutsche Haftpflichtgesetz enthält auch das dänische Gesetz vom Jahre 1898 [3]).

---

grosse Anwendung gefunden. Dieser Umstand wurde aber auch kaum als ein Mangel empfunden, da nach Entwicklung der dritten Theorie schon das Haftpflichtrecht geschaffen wurde, das, wie bereits erwähnt, die endgültige Verantwortlichkeit der Unternehmer für alle Betriebsunfälle festlegte, da nunmehr der Betriebsunfall als ein mit dem modernen Industriesystem untrennbar verbundener und bei der maschinellen Produktionsweise unvermeidbares Ereignis bei jedem Beruf angesehen wurde. Auf diesem Haftpflichtrecht beruhen denn auch die späteren Unfallversicherungsgesetzgebungen. Näheres über die einzelnen Theorien siehe bei D. R. Ioanitescu: Renașterea Meseriilor. — a. a. O. — S. 276—282

1) E. Frode: Sozialversicherungslehre. Berlin 1933. S. 1 und Kleris: a. a. O. S. 47—50 und 80—87.

2) I. N. Angelescu: a. a. O. S. 78—79.

3) Derselbe: a. a. O. S. 79.

In Italien wurde das Haftpflichtrecht ebenfalls in Anlehnung an das deutsche Vorbild durch das Gesetz vom Jahre 1883 eingeführt. In Verbindung mit diesem Gesetz wurde hier aber gleichzeitig eine nationale Versicherungskasse für die durch Unfall beschädigten Arbeiter — die „Cassa nationale di assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro" — errichtet [1]).

In Frankreich wurde die Haftpflicht durch das Gesetz vom Jahre 1898 eingeführt. Das französische Haftpflichtrecht geht aber viel weiter als die diesbezüglichen gesetzlichen Regelungen der vorgenannten Länder, denn hier wird in einem Bestimmten Umfang der Haftpflicht- und der Unfallversicherungsgrundsatz miteinander verbunden. Und letztlich übernimmt nach französischen Recht der Staat die Bürgschaft für die Entschädigung der verletzten Arbeitnehmer [2]). Dieses Gesetz ist noch heute in Frankreich in Geltung.

Bei der Darstellung der verschiedenen gesetzlichen Fürsorgemassnahmen der modernen Industriestaaten für die Existenzsicherung ihrer Arbeitermassen ist auch auf die sehr wichtige und fortschrittliche Arbeiterschutzgesetzgebung hinzuweisen, die zu Beginn des 19. Jahrhunderts zuerst in England auftaucht. Ausgangspunkt war das bekannte Gesetz von Robert Peel aus dem Jahre 1802 — The Morals and Healths Act [3]).

Das grösste Verdienst aber haben sich die modernen Industriestaaten um ihre arbeitenden Massen erworben durch die Einführung der allgemeinen obligatorischen Sozialversicherungsgesetze. Dadurch lieferten sie gleichzeitig den wichtigsten Beitrag zur Sozialpolitik.

---

1) I. N. Angelescu: a. a. O. S. 79.

2) Ebenda.

3) Siehe darüber Albert Thomas: Internationale Arbeiterschutzgesetzgebung. Handwörterbuch der Staatswissenschaften. 4. Aufl. Ergänzungsband. Jena 1929. S. 504—627 und St. Bauer: Arbeiterschutzgesetzgebung. H. d. St. 4. Aufl. Bd. 1. Jena 1923. S. 401—700.

§ 3. Die Gestaltung der modernen Sozialversicherung.

1. Die ersten allgemeinen Pflichtversicherungsgesetze.

Erst seit der Einführung der ersten Pflichtversicherungsgesetze kann man von einer Gestaltung der modernen Sozialversicherung im engeren Sinne sprechen.

Das Land, das für sich in Anspruch nehmen kann, zum ersten Mal auf der Welt Pflichtversicherungsgesetze eingeführt zu haben, ist Deutschland gewesen. Und zwar wurden die ersten Gesetze zufolge der berühmten Botschaft Kaiser Wilhelms I. vom 17. November 1881 geschaffen. Dass aber Deutschland diesen Ruhmestitel für sich in Anspruch nehmen kann, hat es seinem grossen Kanzler Bismarck zu verdanken. So stellt denn Moldenhauer in einem Vortrag [1]) fest, dass „Deutschland das Land gewesen ist, das als erstes eine Sozialversicherung geschaffen hat, jenes gewaltige Werk Bismarcks aus den Jahren 1883—1889" [2]).

Die von Bismarck beeinflusste kaiserliche Botschaft vom Jahre 1881 wurde daher die „Magna Charta" der Sozialpolitik des Deutschen Reiches genannt [3]). Sie hat „die Richtung angegeben, der bis heute die deutsche Sozialversicherung treu geblieben ist" [4]).

---

1) Moldenhauer: Internationale Sozialpolitik. Vortrag. Leipzig 1927. S. 17.

2) Bismarck's grosses Verdienst hinsichtlich der Einführung der Sozialversicherung in Deutschland, und damit in der Welt, ergibt sich auch aus Schmollers Ausführungen in seinem Buch „Die Soziale Frage". München und Leipzig 1918. S. 394: „Das Wichtigste war, dass Bismarck dafür gewonnen wurde, seine Riesenkraft, seine Willensenergie dafür einzusetzen, dass für eine Unfall- und Invaliditätsversicherung die Staats-- oder Reichsgewalt eintrete" die Hauptnote war „Bismarcks Glaube an die soziale Mission des Staates, seine Absicht, die Arbeiter durch Reichseinrichtungen an das Reich zu fesseln" (S. 414) „wenn das Ganze nicht unter Bismarck fertig wurde, so könnten Generationen vergehen, bis man wieder einen Schritt vorwärtskomme". Daher ist das Werk Bismarcks als ein epochales Ereignis anzusehen.

3) E. Trode: Sozialversicherungslehre. Berlin 1935. S. 2.

4) Manes: Art. Sozialversicherung. WdV., 3. Bd. 4. Aufl. Jena 1933. S. 374.

Die ersten grundlegenden Sozialversicherungsgesetze, die vor dem Weltkrieg in Deutschland eingeführt wurden, sind folgende:

Das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883;

das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 und

das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz vom 22. Juni 1889.

Diese 3 Gesetze haben in kurzer Zeit eine so weittragende Bedeutung erlangt, sodass sie bereits am 19. Juli 1911 in einem einheitlichen Gesetz — der berühmten Reichsversicherungsordnung zusammengefasst wurden. In der Reichsversicherungsordnung fand somit „die Trilogie der Sozialversicherung" (d .h. die Kranken-, Unfall- und Invaliditäts-(Alters) - Versicherung) eine erstmalige Verwirklichung, die später allen anderen Industriestaaten zum Vorbild wurde [1]).

Noch im gleichen Jahr, und zwar am 20. Dezember 1911, trat das Angestelltenversicherungsgesetz in Kraft, durch das in Deutschland ein neuer Versicherungszweig ins Leben gerufen wurde.

Seit dem Jahre 1883 findet die Sozialversicherungsgesetzgebung in allen grossen Industrieländern Eingang. Aber erst nach dem Weltkrieg lässt sich eine allgemeine Verbreitung der Sozialversicherungsgesetzgebung feststellen, unabhängig davon, ob es sich um grosse oder kleine Industriestaaten handelt.

Trotz der grossen und so offensichtlichen Vorteile, die eine Sozialversicherungsgesetzgebung den Arbeitern, ebenso wie den Arbeitgebern und nicht zuletzt dem Staate bietet, haben drei so bedeutende Staaten wie Frankreich, England und die Vereinigten Staaten von Nordamerika die Sozialversicherung erst sehr spät eingeführt. Wenn man den Gründen für dieses auffallende Verhalten der drei Länder nachgeht, so kommt man zu folgenden Ergebnissen:

In Frankreich standen die Industriearbeiter lange Zeit als ein verhältnismässig schwach organisiertes und sehr stark individualistisch eingestelltes Proletariat zwischen dem Kleinbür-

1) Siehe auch Paul Pic (Traité de legislation industrielle Paris 1933. S. 1004) hinsichtlich der Reichsversicherungsordnung: „La loi allemande, la première qui ait organisé la triologie des assurances d'Etat, formant un tout complet".

gertum und dem Bauerntum. Dieses Arbeiterproletariat kümmerte sich wenig um die Einführung der Sozialversicherung, denn die öffentliche Meinung war so sehr in der Idee der Freiheit befangen, dass man eine Zwangsversicherung mit dieser Weltanschauung nicht vereinbar hielt[1]).

Obwohl die Sozialversicherung aus den vorgenannten Gründen erst spät in Frankreich Eingang fand, hat dieses Land gegenwärtig ein sehr fortgeschrittenes Sozialversicherungssystem, und zwar in erster Linie infolge des Gesetzes von 1928—1930, durch das in Frankreich eine Kranken-, Mutterschafts-, Invaliditäts- und Sterbegeldversicherung eingeführt wurde.

In England gewährten die Arbeitervereine (Trade-Unions) und die Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiter (friendly societies)[2]) so mannigfache und im allgemeinen auch ausreichende Unterstützungen, sodass eine sofortige Einführung der Sozialversicherung nicht als notwendig erschien. Ferner darf bei einer Wertung der sozialen Verhältnisse nicht ausser Acht gelassen werden, dass in England immer eine gut entwickelte Individualversicherung und daneben noch eine gut eingerichtete Volksversicherung bestanden hat. Die Volksversicherung oblag zwar den Privatversicherungsanstalten, aber sie war von einer grossen sozialen Bedeutung, weil sie insbesondere die Vorsorge für die ärmeren Klassen der Bevölkerung pflegte[3]).

Die Volksversicherung ermöglichte es den ärmeren Bevölkerungsklassen, sich durch kleine wöchentliche Beitragszahlungen

1) Siehe auch die Ausführungen der vorliegenden Arbeit auf S. 276 ff.

2) Hierauf wurde schon auf S. 39—40 und 44—45 der vorliegenden Arbeit hingewiesen.

3) Eine Volksversicherung wurde erstmalig in England eingeführt, und zwar durch die englische Versicherungsgesellschaft „Prudential", im Jahre 1848. Eine allgemeine Verbreitung erlangte sie aber erst seit 1864. Auch die Vereinigten Staaten von Nordamerika haben eine Volksversicherung, die dort besonders seit dem Jahre 1874 durch folgende Versicherungsgesellschaften ausgeübt wird: „Prudential", Metropolitan" und „John Hencock". Die Volksversicherung fand auch in Österreich und Deutschland Eingang. Die erste Gesellschaft, die diese Versicherungsart in Deutschland einrichtete, war die „Patria" im Jahre 1875, die 1882 dann von der Gesellschaft „Friedrich Wilhelm", Berlin, übernommen wurde. Näheres hierüber siehe bei Manes: Versicherungswesen 3. Bd. a. a. O. § 6. Volksversicherung und Sterbekassen (S. 102—119), insbesondere die Seiten 104—105.

bei bestimmten Versicherungsgesellschaften auch ihrerseits gegen Invalidität, Alter, Tod oder die anderen vorgesehenen Versicherungsfälle zu versichern.

Im allgemeinen dürften sich die Leistungen aus dieser Versicherung aber lediglich auf eine Versicherung für den Todesfall beschränkt haben, da den Versicherungsträgern bei den geringfügigen Beitragsleistungen nur sehr begrenzte Mittel zur Verfügung stünden.

Alle diese sozialen Einrichtungen vermochten anfangs in England die Sozialversicherung bis zu einem gewissen Grad zu ersetzen oder doch entbehrlich zu machen. Erst im Jahre 1911 gelang es den eifrigen Bemühungen Lloyd Georges, eine Kranken-, Invaliden- und Arbeitslosenversicherung einzuführen.

Die Vereinigten Staaten dagegen haben bis in die jüngste Zeit nicht an die Einführung der Sozialversicherung gedacht. Wie schon an anderer Stelle dieser Arbeit ausgeführt (S. 13), ist das amerikanische Wirtschaftsleben fast bis zur Gegenwart durch eine dauernde Prosperität gekennzeichnet, sodass die wirtschaftlichen Verhältnisse den Arbeitgebern den nötigen Spielraum liessen für die Gewährung hoher Löhne. Nachdem aber auch die Vereinigten Staaten von Nordamerika in den letzten Jahren von der Weltkrise erfasst worden sind, haben sie nunmehr den gleichen Weg beschritten, den Deutschland schon seit dem Jahre 1883 eingeschlagen hat [1]), und damit die grossen Wohltaten der Sozialversicherung für die in Lohnarbeit stehenden Bevölkerung anerkannt. Durch die nunmehrige Einbeziehung der Vereinigten Staaten in den Kreis derjenigen Länder, die die Sozialversicherung

1) Siehe dazu die Ausführungen des Internationalen Arbeitsamtes: „L'organisation internationale du travail et les assurances sociales". Genf 1936. Reihe M. Nr. 12. S. 5: „L'effort a été particulièrement intense hors d'Europe, précisément dans les pays qui avaient connu une prospérité durable pendant les dix, vingt, trente ou quarante dernières années et qui, jusque-là, avaient peut-être une tendance à sous-estimer la nécessité de l'assurance sociale. Dans ces pays la crise a posé devant l'opinion publique, les gouvernements et parlements, le problème de l'insécurité des travailleurs et il est remarquable que les projets se sont à peu près unanimement orientés vers la réalisation de la sécurité par le moyen de l'assurance sociale obligatoire. C'est ainsi qu'en août 1935, a été adopté aux Etats-Unis un système de pensions contributives qui s'appliquera à plus de 25 millions de travailleurs".

eingeführt haben, kann man von einer uneingeschränkten internationalen Verbreitung der modernen Sozialversicherung sprechen.

Eine Unfallversicherung gab es in Amerika allerdings schon seit Jahrzehnten und zwar war sie in fast allen einzelnen Staaten der Vereinigten Staaten von Nordamerika durch pflichtige Sozialversicherungsgesetze eingeführt. Diese Entwicklung nahm im Jahre 1911 ihren Anfang, als 10 dieser Staaten solche pflichtigen Unfallversicherungsgesetze erliessen. Diese Gesetze wurden bis zur Gegenwart allmählich in den einzelnen Ländern eingeführt [1]).

Von ausschlaggebender Bedeutung für die Einführung eines vollständigen Sozialversicherungssystems in den Vereinigten Staaten waren dann die in den letzten Jahren sich immermehr durchsetzenden Bestrebungen. Ein besonders starken Impuls empfinden diese Sozialversicherungspläne, als Präsident Roosevelt für die Einführung der Sozialversicherung gewonnen werden konnte. Die Vereinigten Staaten verdanken in gleichem Masse Präsident Roosevelt die Einführung der Sozialversicherung wie seinerzeit Deutschland Bismarck nach 1880; und wie die deutsche kaiserliche Botschaft von 1881 massgebend wurde für die Einführung der Sozialversicherung in Deutschland und demzufolge in der Welt, so hat auch Präsident Roosevelt zwei Botschaften in den Jahren 1934 und 1935 erlassen, die grundlegend geworden sind für die Einführung der Sozialversicherung in den Vereinigten Staaten.

In der Botschaft vom 8. Juni 1934, die Präsident Roosevelt an den letzten Kongress richtete, fordert er in erster Linie eine umfassende Sozialversicherung für den einzelnen Werktätigen und seine Familie gegen die Wechselfälle des Lebens [2]).

Die zweite Botschaft vom Januar 1935 umfasst dann ein ganzes Sozialversicherungsprogramm, das auf den Empfehlungen eines vom Präsidenten Roosevelt selbst ernannten Ausschusses für soziale Sicherheit beruht. Dieses Programm ist deshalb von so weittragender Bedeutung, weil in diesem Programm nicht nur die Arbeitslosenunterstützung vorgesehen ist, sondern auch

---

1) Ebenda. S. 203—204. Dort sind alle Staaten einzeln aufgeführt und das Jahr der Einführung der Unfallpflichtversicherung.

2) Internationales Arbeitsamt: Internationales Jahrbuch für Sozialpolitik, 1934—1935. Genf 1935. Bd. I. S. 292.

die Einführung der Altersfürsorge, der Krankenfürsorge und der Fürsorge für Kinder ohne väterliche Aufsicht [1]).

Aus diesem Sozialversicherungsprogramm wurde zwischenzeitlich die obligatorische Altersversicherung zum ersten Mal in den Vereinigten Staaten verwirklicht durch das Gesetz über die Altersversicherung der Eisenbahnbediensteten — „Railroad Retirement Act" vom 27. Juni 1934. Durch dieses Gesetz wurden etwa 1 Million Versicherte erfasst [2]).

Eine noch grössere Bedeutung kommt dem Gesetz vom August 1935 zu, durch das eine obligatorische Altersversicherung für die Arbeitnehmer des Handels und Gewerbes (industrie et commerce) eingeführt wird. Das Gesetz tritt am 1. Januar 1937 in Kraft und wird mehr als 25 Millionen Versicherte erfassen [3]). Aus diesen Zahlen geht hervor, dass die Vereinigten Staaten die grösste Sozialversicherungseinrichtung der Welt haben werden, denn die U. R. S. S. zählten im Jahre 1934 nur 23.513.600 Versicherte [4]), Deutschland im Jahre 1934 23.458.354 Unfallversicherte [5]) und Grossbritanien im gleichen Jahr 19.178.000 Versicherte gegen Invalidität und Alter [6]).

1) Internationales Arbeitsamt: Internationales Jahrbuch der Sozialpolitik, 1934—1935. a. a. O. S. 292.

2) Ebenda. S. 291: „Das neue Gesetz versichert alle Eisenbahnbediensteten (ungefähr 1 Million) gegen die Wagnisse der Invalidität und des Alters. Die Altersrente wird nach Erreichung des 65. Lebensjahres oder nach 30 Dienstjahren gewährt und für jedes Dienstjahr auf Grund der durchschnittlichen Monatslöhne bis zur Höchstgrenze von 300 Dollar wie folgt berechnet: 2. v. H. von den ersten 50 Dollar Lohn, 1½ v. H. von den folgenden 150 Dollar und 1 v. H. von den restlichen 100 Dollar. Die Rente wird um ein Fünfzehntel für jedes Jahr, das bei Dienstaustritt zum 65. Lebensjahr noch fehlt, gekürzt. Die Invalidenrente, im Ausmass der Altersrente jedoch ohne Abzug bei Nichterreichung der Altersgrenze, steht Arbeitnehmern zu, die körperlich oder geistig ausserstande sind, ihren Berufspflichten nachzukommen. Die Mittel der Versicherung werden durch einen Beitrag von 6 v. H. des Lohnes aufgebracht; der Beitrag ist zu einem Drittel vom Arbeitnehmer und zu zwei Drittel vom Arbeitgeber zu tragen. Die Verwaltung obliegt einem Bundesversicherungsrat"

3) Internationales Arbeitsamt: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales. a. a. O. S. 5 und 222

4) Ebenda. S. 211.

5) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung. Jahrg. 1935. Heft 12. Sonderausgabe des Reichsarbeitsblattes. Berlin. Dezember 1935. S. 447.

6) Internationales Arbeitsamt, L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 223.

2. Die internationale Verbreitung der modernen Sozialversicherung vor dem Weltkrieg und während desselben.

Schon in der Vorkriegszeit kann man von einer internationalen Verbreitung der Sozialversicherung sprechen. Bei einer chronologischen Betrachtung ergibt sich das nachfolgende Bild:

Nach dem deutschen Vorbild führte zuerst Österreich im Jahre 1887 die Unfallversicherung und im Jahre 1888 die Krankenversicherung ein.

In den anderen Ländern fand allgemein zuerst die Unfallentschädigungspflicht Eingang. Sie wurde im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts in folgenden Ländern eingeführt: Grossbritanien (1897), Irland (1897), Frankreich (1898) und in Dänemark (1898). Nach 1900 in folgenden Ländern: Schweden (1901), Belgien (1903), Littauen (1903), Guatemala (1906), Neuseeland (1908), Newfoundland (1908), Japan (1911), Peru (1911), San Salvador (1911), Australien (1912), Lettland (1912), Griechenland (1914), Südafrika (1914), Argetinien (1915), Columbien (1915), Chile (1916), Cuba (1916), Panama (1916) und Irland (1917) [1]).

Von den verschiedenen Versicherungszweigen hat die Unfallversicherung vor und während des Weltkrieges die meiste Verbreitung gefunden. Am Ende des Weltkrieges gab es in folgenden Ländern eine Unfallversicherung:

Deutschland (1884), Österreich (1887), Tschechoslowakei (1887), Norwegen (1894), Finnland (1898), Dänemark (1900), Holland (1901) Luxemburg (1902), Italien (1904), Ungarn (1907), Serbien (1910), Schweiz (1911), Estland (1912), Rumänien (1912), Russland (1912), Portugal (1913), Queensland (1916), Schweden (1916) und Bulgarien (1918) [2]). Schliesslich ist in diesem Zusammenhang darauf

---

1) Internationales Arbeitsamt: „Les problèmes généraux de l'assurance sociale", Reihe M. Nr. 1. Genf 1925. S. XV—XXIII. „L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 197—211.

2) Ebenda.

hinzuweisen, dass die einzelnen Staaten der Vereinigten Staaten von Nordamerika seit 1911 eigene pflichtige Unfallversicherungsgesetze eingeführt haben, sodass gegenwärtig fast alle in der Union zusammengefassten Staaten eine pflichtige Unfallversicherung besitzen.

Aber auch die Kranken- und Mutterschaftsversicherung fand schon vor dem Weltkriege bezw. während desselben eine beachtliche Verbreitung. Bis zum Ende des Weltkrieges hatten die nachfolgenden Länder diesen Versicherungszweig eingeführt:

Deutschland (1883), Oesterreich und die Tschechoslowakei (1888), Luxemburg (1901), Ungarn (1907), Norwegen (1909), Italien (1910 — nur Mutterschaftsversicherung), Serbien (1910), Grossbritanien und Irland (1911), Australien (1912), Estland (1912), Lettland (1912), Rumänien (1912), Russland (1912), Holland (1913), einige Kantone der Schweiz, z. B. St. Gallen (1914), Basel-Stadt (1914), Appenzell (1916) und Zug (1916), und schliesslich Bulgarien (1918) [1]).

Die Invaliditäts- und Altersversicherung wurde ausser in Deutschland erst verhältnismässig spät und zwar in den letzten Jahren vor Kriegsausbruch in anderen Ländern eingeführt.

Die ersten Staaten, die auf diesem Gebiete dem deutschen Vorbild (1889 in Deutschland) folgten, aber nur für die Angestellten, waren Oesterreich im Jahre 1906 mit der damaligen Tschechoslowakei zusammen [2]). Bis zum Ende des Weltkrieges folgten noch folgende Staaten:

Frankreich (1910), Grossbritanien und Irland (1911 — aber nur für die Invalidität), Luxemburg (1911), Rumänien (1912), Schweiz (nur der Kanton Glarus — 1913), Holland (1913) und Schweden (1913 — für die ganze Volksgemeinschaft [3]).

---

1) Internationales Arbeitsamt: Les problèmes généraux de l'assurance sociale, a. a. O. S. XV—XXIII und L'organisation internationale du travail et les assurannces sociales, a. a. O. S. 211—217.

2) Moldenhauer: Art Sozialversicherung. HdSt. 4. Aufl. Ergänzungsband. Jena 1929. S. 822.

3) Internationales Arbeitsamt: Les problèmes généraux de l'assurance sociale, a. a. O. S. XV—XXIII.

An dieser Stelle sind auch die Länder zu erwähnen, die eine Staatsbürgerversorgung eingeführt haben, d. h. die bei Erreichung einer bestimmten Altersgrenze beitragslose Altersrenten, manchmal sogar beitragslose Invalidenrenten aus öffentlichen Mitteln gewähren:

Dänemark (1891), Neuseeland (1898), Frankreich (1905), Australien (1908), Grossbritanien und Irland (1908 — nur Altersrenten), Urugay (1919), Belgien (1920) und Norwegen (1923).

Von diesen Staaten sind aber die nachfolgenden später zur obligatorischen Invaliditäts- und Altersversicherung übergegangen: Frankreich (1910), Belgien (1924), Grossbritanien (1925 — Altersversicherung [1]), Dänemark (1933 — für die ganze Volksgemeinschaft) und Urugay (1934) [2]).

Eine Arbeitslosenversicherung gibt es vor dem Kriege nur in Grossbritanien und Irland, und zwar seit 1911, zufolge des zweiten Teils der „National Insurance Act". Dank des Einsatzes des grossen Staatsmannes Lloyd George kann England für sich den Ruhmestitel in Anspruch nehmen, als erstes Land eine Arbeitslosenversicherung ins Leben gerufen zu haben.

3. Die internationale Verbreitung der modernen Sozialversicherung seit dem Weltkrieg.

Nach dem Weltkriege hat die moderne Sozialversicherung eine weitere starke Verbreitung gefunden und zwar dadurch, dass sie sich nicht nur innerhalb des europäischen Kontinent weiter durchsetzte, sondern auch in den aussereuropäischen Ländern Eingang fand. Moldenhauer stellt daher im Jahre 1929 fest, dass „die neue Gesetzgebung des Auslandes auf dem Gebiete der Sozialversicherung dadurch gekennzeichnet ist, dass sich immer mehr Staaten zu dem deutschen System der Zwangsversicherung bekennen. Anfangs waren sie nur zögernd gefolgt... Heute gibt es

1) Die Altersversicherung von Grossbritanien gewährt aber Altersrenten nur bis zum 70. Lebensjahre. Nach diesem Alter werden die Renten weiter von dem Staate allein getragen.

2) I. A. A. ebenda. S. XV—XXIII und L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 218—288.

kaum einen europäischen Staat, der sich nicht in der einen oder anderen Form zur Sozialversicherung bekannt hat"[1]). Und nicht bloss die europäischen Länder, sondern „auch das aussereuropäische Ausland bekennt sich mehr und mehr zu dem Gedanken der Sozialversicherung"[1]). So ist die Sozialversicherung allmählich zu einer Einrichtung von weltumspannender Bedeutung geworden.

Eine starke Förderung wuchs der Ausbreitung des Sozialversicherungswesens in Europa nach dem Kriege aus dem Versailler Friedensvertrag. Durch diesen Vertrag wurden bestimmte Gebietsteile von Deutschland und Austro-Ungarn, d. h. von zwei Ländern mit einem sehr entwickelten Sozialversicherungssystem, losgelöst. Diese abgetrennten Gebietsteile haben in den sie aufnehmenden Ländern auf dem Gebiete der Sozialversicherung als Pioniere gewirkt. Die sie aufnehmenden Länder führten nunmehr in ihrem eigenen Lande die Sozialversicherung ein, weil sie einsahen, dass die in den neugenommenen Gebieten bislang geltende Sozialversicherung vorteilhaft für die Arbeitermassen, Arbeitgeber und den Staat war, und dass es daher besser sei, deren Sozialversicherung allmählich auch auf ihr ursprüngliches Hoheitsgebiet zu übertragen als das Sozialversicherungssystem der neuen Gebietsteile aufzulösen[2]). Die hierfür in Frage kommenden Länder sind Frankreich, Polen, die Tschechoslowakei, Jugoslawien und Rumänien.

Allerdings lagen die Verhältnisse in Rumänien insofern etwa anders, als es dort schon vor dem Weltkrieg ein Sozialversicherungssystem gab. Da das Versicherungssystem aber erst 1912 eingeführt worden war, war die Anlaufzeit zu einer befriedigenden Ausgestaltung vor dem Weltkrieg viel zu kurz und die Kriegsjahre waren einer befriedigenden Lösung der einzelnen Probelme auch nicht dienlich. Nach dem Weltkrieg sah sich Rumänien vor die schwierige Tatsache gestellt in seinen 4 verschiedenen Staatsgebieten — dem alten Königreich, Siebenbürgen, der Bukowina und Bessarabien — auch 4 verschiedene Sozialversicherungssyste-

1) Moldenhauer: HdSt., a. a. O. S. 820.
2) Manes:: Versicherungswesen. 3. Bd. a. a. O. S. 195.

me zu haben. Um diesem organisatorisch und finanziell für das Land untragbaren Chaos ein Ende zu machen, wurde im Jahre 1933 durch das „Gesetz über die Vereinheitlichung der Sozialversicherung vom 7. April 1933" ein einheitlicher Aufbau der rumänischen Sozialversicherung durchgeführt.

Eine weitere grosse Bedeutung des Versailler Vertrages auf dem Gebiete der Sozialversicherung liegt in der Schaffung des Internationalen Arbeitsamtes in Genf, wie Moldenhauer sagt: „Wesentliche Förderung hat der Gedanke der Sozialversicherung durch das auf Grund des Art. XIII des Versailler Vertrages geschaffene Internationale Arbeitsamt in Genf erfahren" [1].

Neben der durch den Versailler Vertrag zwangsläufig bewirkten Verbreitung der modernen Sozialversicherung auf dem europäischen Kontinent in der Nachkriegszeit lässt sich eine Ergänzung und Verbesserung der bestehenden Sozialversicherungssysteme feststellen, so beispielsweise in Deutschland durch die folgenden drei grundlegenden Gesetze:

1) Das Reichsknappschaftsgesetz vom 23. Juni 1923, das die Zwangsversicherung aller Bergarbeiter des deutschen Reichsgebietes in einer einheitlichen Organisation zusammenfasste [2].

2) Das Gesetz über die Arbeitslosenversicherung und Arbeitslosenvermittlung vom 16. Juli 1927, durch das der sechste und letzte in Deutschland noch nicht bestehende Sozialversicherungszweig auch hier eingeführt wurde. So ist dieses Gesetz als „eine wesentliche Ergänzung der deutschen

---

1) Moldenhauer: HdSt., a. a. O. S. 820.

2) Eine Zwangsversicherung der Bergarbeiter gab es in Deutschland schon lange vor dem Kriege, ja sogar vor der Einführung der ersten wichtigen Pflichtversicherungsgesetze.

Es sei nur auf das Preussische Knappschaftsgesetz vom 10. April 1854 hingewiesen, das eine pflichtige Kranken-, Unfall- und Invaliditäts- (Alters-)Versicherung für die Bergarbeiter vorsah. Aber bis zum Jahre 1923 war die Versicherung der Bergarbeiter in den einzelnen Ländern verschieden geregelt. Die grosse Bedeutung des Reichsknappschaftsgesetzes liegt darin, dass nunmehr eine einheitliche Organisation für die Versicherung aller Bergarbeiter im Deutschen Reich eingeführt wurde.

Sozialversicherung", und als „der Abschluss des ganzen Werkes" anzusehen [1]).

3) Das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934, das eine bestimmte, Vereinheitlichung brachte, die schon seit langer Zeit angestrebt worden war. Gleichzeitig wurden auch einige neue Grundsätze, so das Führerprinzip, durch dieses Gesetz verwirklicht.

In den übrigen Ländern fand in der Nachkriegsepoche insbesondere die Invaliditäts- bezw. Alters-Versicherung und die Arbeitslosenversicherung eine weitere Verbreitung. Die nachfolgenden Länder führten nach Beendigung des Weltkrieges die Invaliditäts- und Alters-Versicherung ein:

Italien (1919), Portugal (1919 — für alle Erwerbsfähigen), Spanien (1919 — Invaliditäts- und 1921 Altersversicherung), Griechenland (1922), Sowjet-Russland (U. R. S. S.) (1922), Jugoslawien (1922), Argentinien (1923), Belgien (1924), Bulgarien (1924), Tschechoslowakei (1924 — auch für Arbeiter), Chile (1924), Paraguay (1924 — nur für die bei der Eisenbahn Beschäftigten), Grossbritanien (1925 — Altersversicherung), Schweiz (Kanton Appenzell — 1925 und Basel-Stadt — 1930 Volksversicherung), Oesterreich (1926 — auch für Arbeiter), Bolivien (1926 — für Bankangestellte), Polen (1927 — nur für Angestellte), Ungarn (1928), Ecuator (1928 — für Bankpersonal), Columbien (1929 — für die bei der Eisenbahn Beschäftigte), Frankreich (erneut und nunmehr vollständig durch das grundlegende Gesetz von 1928—1930), Dänemark (1933 — Volksversicherung), Brasilien (1933—1934), Uruguay (1934) und die Vereinigten Staaten (1935), das Gesetz tritt aber erst am 1. Januar 1937 in Kraft [2]).

Bezüglich der Verbreitung der Arbeitslosenversicherung in der Nachkriegszeit kann man mit Moldenhauer sagen, dass „das englische Beispiel in steigendem Umfange Nachahmung gefunden" hat [3]).

---

1) Moldenhauer: HdSt., a. a. O. S. 819.

2) Internationales Arbeitsamt: Les problèmes généraux de l'assurance sociale, a. a. O. S. XV—XXIII und L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 218—228.

3) Moldenhauer: Internationale Sozialpolitik, a. a. O. S. 19.

Eine pflichtige Arbeitslosenversicherung wurde in der Nachkriegszeit in folgenden Ländern eingeführt:

Oesterreich (1920), Grossbritanien und Irland (1920 — Ausdehnung auf alle Arbeitnehmer im Handel und Gewerbe), Queensland (1922), Sowjet-Russland (U. R. S. S.) (1922), Italien (1923), Polen (1924), Bulgarien (1925), Deutschland (1927) und die folgenden 12 Kantone der Schweiz: [1]) Basel-Stadt, Glarus, Neuchâtel, Schaffhausen, Solothurn, Uri, Zug, Basel-Land, Genf, Appenzell-Ausserhoden, St. Gallen und Thurgau [2]).

Ausser den vorgenannten Ländern gibt es noch eine Reihe anderer Länder, die entweder eine freiwillige Arbeitslosenversicherung oder eine Erwerbslosenfürsorge eingeführt haben. Zu dieser Gruppe gehören folgende Länder:

Australien (New South Wales, Südaustralien und Viktoria), Belgien, Canada, Finnland, Frankreich, Luxemburg, Norwegen, Neuseeland, die Niederlande, Spanien, die Tschechoslowakei, Jugoslawien und die folgenden Kantone der Schweiz: Freiburg, Wallis, Waadt, Zürich, Luzern, Tessin, Bern, Appenzell-Innerrhoden, Argau, Grisons und Schwyz [3]).

Auch die übrigen Sozialversicherungszweige fanden in der Nachkriegszeit eine weitere internationale Verbreitung, obwohl sie schon in der Vorkriegszeit in vielen Ländern eingeführt worden sind.

Die Kranken- und Mutterschaftsversicherung wurde in der Nachkriegszeit von folgenden Ländern übernommen:

Portugal (1919 — für alle Erwerbsfähigen), Tschechoslowakei (1919 — für alle Arbeitnehmer), Polen (1920), Griechenland (1922), Japan (1922), Jugoslawien (1922), Chile (1924 — für alle Erwerbsfähigen), Schweiz (Appenzell 1920 und Thurgau 1926), Littauen (1926), Italien (1927 — Tuberkulosenversicherung für alle Arbeit-

---

1) Die Kantone sind nach dem Zeitpunkt der Einführung der Gesetze geordnet.

2) I. A. A. Les problèmes généraux de l'assurance sociale, a. a. O. S. XV—XXIII und Assurance-chômage et diverses formes d'assistance aux chômeurs. Conférence internationale du travail. Dix-septième session. Génève 1933. Première Discussion. S. 58—76.

3) I. A. A. Assurance-chômage et diverses formes d'assistance aux chômeurs. a. a. O. S. 58—76.

nehmer, 1930 — Krankenversicherung), Spanien (1929), Frankreich (1928—1930), Brasilien (1931—1934), Argentinien (1934 — nur die Mutterschaftsversicherung) und Cuba (1934) [1].

Desweiteren hat die Unfallversicherung und die Unfallentschädigungspflicht seit Kriegsende eine bedeutende Verbreitung erfahren.

Die Unfallversicherung wurde in der Nachkriegszeit in folgenden Ländern eingeführt:

Jugoslawien (1922), Chile (1924), Polen (1924), Island (1925), Süd-Afrika (1934) und in Grossbritanien (1934 — für die Arbeitnehmer aus der Kohlenindustrie) [2].

Die Unfallentschädigungspflicht wurde in der Nachkriegszeit von einer noch grösseren Anzahl von Ländern eingeführt, und zwar gehören hierher folgende Länder:

Brasilien (1919), Uruguay (1920), Ecuador (1921), Spanien (1922), China (1923), Indien (1923), Bolivien (1924), Costa-Rica (1925), Palestina (1926), Paraguay(1927), Nicaragua (1930), Mexico (1931), und die Dominikanische Republik (1932) [3].

Überblickt man die gesamte Entwicklungsperiode der modernen Sozialversicherung, so ergibt sich, dass die Sozialversicherung, nachdem sie zuerst in Deutschland erstanden war, sich in kurzer Frist in allen europäischen Staaten und auch in fast allen übrigen Ländern der Erde durchgesetzt hat.

Die Sozialversicherung ist somit zu einem internationalen Gemeingut geworden, das in allen Erdteilen vorhanden ist, unabhängig von der jeweiligen politischen, ökonomischen oder sozialen Führung des einzelnen Landes. So wurde bereits im Jahre 1929 in einer Erinnerungsschrift des deutschen Reichsarbeitsministeriums festgestellt, dass „die Sozialversicherung jetzt Gemeingut fast aller Industriestaaten ist, mögen auch die Formen, unter denen sie auftritt, verschieden sein, je nach den Bedürfnissen und

1) I. A. A. Les problèmes généraux de l'assurance sociale, a. a. O. S. XV—XXIII und L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 211—217.

2) I. A. A. Les problèmes généraux de l'assurance sociale, a. a. O. S. XV—XXIII und L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 197—211.

3) Ebenda.

Möglichkeiten, nach den Verfassungszuständen und der spezialpolitischen Ideenwelt, je nach dem Grade, in dem die Arbeit und ihr Träger gewürdigt werden" [1]).

Dasselbe stellt gegenwärtig — 1936 — auch das Internationale Arbeitsamt in Genf fest: „Etablie d'abord en Allemagne, en 1883, l'assurance sociale obligatoire a progressivement conquis le monde et actuellement il existe des législations fondées sur le principe d'obligation d assurance dans presque tous les pays, principalement en Europe, mais aussi hors d'Europe. Dans tous les continents et dans tous les régimes politiques, économiques et sociaux, liberaux ou autoritaires, capitalistes ou collectivistes, on reconnaît que l'assurance obligatoire constitue un élément essentiel de toute politique sociale rationelle" [2]). Selbst die Weltwirtschaftskrise, die insbesondere seit 1930 auf fast allen Ländern schwer lastete, konnte die immer weiter fortschreitende Entwicklung und den Glauben an die Sozialversicherung nicht erschüttern [3]).

Zwar wirkte sich die schwierige Lage der Staatsfinanzen einiger Länder in einer Herabminderung der Höhe der Sozialversicherungsleistungen aus, oder es wurden die Staatszuschüsse bezw. die Staatsbeiträge herabgesetzt [4]). Aber diese Massnahmen sind keineswegs gleichzusetzen mit einer Rückbildung oder dem Verfall der Sozialversicherung. Die schwierigen wirtschaftlichen Ver-

---

1) Deutsche Sozialpolitik 1919—1928. Erinnerungsschrift des Reichsarbeitsministeriums. Berlin 1929. S. 199.

2) I. A. A. L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 4.

3) Siehe auch Internationales Arbeitsamt: „L'année Sociale 1933", Genf 1934. S. 179: „La crise a continué, en 1933, à exercer son influence sur les législations et les institutions nationales d'assurances sociales, et, comme les trois anées précédentes, il y aura à noter, dans certains pays, des restrictions parfois graves des droits des assurés, le fléchissement des ressources, et des situations financières difficiles. Mais on pourra aussi relever des progrès législatifs sérieux et, dans plusieurs pays, des indices assez nets d'un début d'amélioration, qui se manifeste en particulier par un accroissement du nombre des assurés et, dans quelques cas, par une augmentation des cotisatiens encaissées".

4) Ein Beispiel hierzu bietet Deutschland, wo seit 1930 eine ganze Reihe von Notverordnungen zwecks Anpassung der Sozialversicherungsleistungen erlassen werden mussten.

hältnisse haben lediglich eine Anpassung in dem Umfang der Einzelleistungen erforderlich gemacht. Diese Gesetzesänderungen und -einschränkungen sollten dem Versicherungsträger wieder eine finanziell tragbare Basis und auch eine bessere Organisation der Sozialversicherung schaffen.

Nachdem aber in der jüngsten Zeit die Weltwirtschaftskrise bis zu einem gewissen Grade überwunden worden ist, ist auch die Sozialversicherung wieder in ein Stadium steter Fortentwicklung eingetreten. So stellt denn das Internationale Arbeitsamt fest: „L'essor de l'assurance obligatoire n'a pas été arrêté par la crise économique. Il est vrai que de 1931 á 1933 une certaine hésitation s'est produite dans nombres de pays; parfois on a mis en sommeil la préparation ou ajourné l'adoption de projets importants. Mais cette période d'incertitude a été brève En 1934 et 1935, les études ont repris avec une nouvelle vigueur et abouti á de très substantielles réalisations" [1]).

Als grosser Fortschritt in der Gestaltung der modernen Sozialversicherung der Nachkriegszeit ist vor allem das schon an anderer Stelle genannte Altersversicherungsgesetz für die Vereinigten Staaten aus dem Jahre 1935 zu buchen, durch das ab 1. Januar 1937 rund 25 Millionen Versicherte erfasst werden.

In Bezug auf die gegenwärtige internationale Bedeutung des Sozialversicherungswesens gibt das Internationale Arbeitsamt für 1936 folgende Zahlen an:

130 Unfallversicherungs- und Unternehmerhaftpflichtsysteme in 54 Ländern;

45 Mutterschafts- und Krankenversicherungssysteme in 31 Ländern; und

75 Invaliditäts- und Altersversicherungssysteme in 30 Ländern [2]).

Rund 90 Millionen Arbeitnehmer werden durch die Kranken- und Mutterschaftsversicherung erfasst und rund 100 Millionen Arbeitnehmer durch die Invaliditäts- und Altersversicherung. Zählt man zur letzten Gruppe noch die 25 Millionen Arbeit-

1) I. A. A. L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 5.

2) Ebenda. S. 196.

nehmer hinzu, die in den Vereinigten Staaten ab 1. Januar 1937 versicherungspflichtig werden, so kommt man zu der gewichtigen Zahl von 125 Millionen Arbeitnehmern, die der Invaliditäts- und Altersversicherung unterliegen[1]).

Die Zahl derjenigen Arbeitnehmer, die durch die 130 Unfallversicherung- und Unfallentschädigungssysteme erfasst werden, ist noch viel grösser als die Zahl derjenigen, die einer Kranken- oder Invaliditäts- und Altersversicherung unterliegen. Es lassen sich aber keine exakten ziffernmässigen Angaben hierfür beibringen, weil in vielen Ländern die Beiträge nicht im Verhältnis zu der Zahl der Versicherten, sondern im Verhältnis zu den für unfallgefährlich erklärten Betrieben ausgerechnet werden[1]).

Schliesslich sind die Zahlenangaben über die dem einen oder anderen Sozialversicherungszweig zugehörenden Arbeitnehmer auch insofern unvollständig, als in den meisten Ländern die in den verschiedenen Sonderanstalten der Eisenbahngesellschaften, der Staaten und Länder, sowie Bezirke und Gemeinden versicherten Arbeitnehmer von den amtlichen Statistiken nicht erfasst werden.

Unter Berücksichtigung aller gewöhnlichen und Sondersysteme der Sozialversicherung, der Unfallentschädigungspflicht und der Staatsbürgerversorgung in der ganzen Welt kommt das Internationale Arbeitsamt gegenwärtig auf eine Zahl von etwa 400 einzelnen Gesetzgebungen, durch die den Arbeitnehmern in der ganzen Welt bei Arbeitsunfällen, Krankheit, Mutterschaft, Invalidität, Alter und Tod ein Versicherungsschutz gewährleistet wird[2]).

So konnte denn auch Manes bereits im Jahre 1932 feststellen, dass nahezu alle Industriearbeiter der Welt gegen Unfall,

---

1) I. A. A. L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 196.

2) Ebenda. S. 197: — Die Zahl der Gesetzgebungen ist besonders seit dem Jahre 1929 bis zur Gegenwart sehr schnell angestiegen. So zählte Albert Thomas 1929 als Direktor des Internationalen Arbeitsamtes 250 Gesetzgebungen. — Siehe: Rapport du Directeur à la Conférence Internationale du Travail, Nr. 133, Genf 1929.

etwa drei Viertel gegen Krankheit, die Hälfte gegen Invalidität und etwa ein Drittel gegen Arbeitslosigkeit versichert sind [1]).

Bezüglich der finanziellen Lage der Sozialversicherung sagt Manes, dass etwa 5 % des industriellen Lohneinkommens der Welt durch die Sozialversicherung gesammelt und neu verteilt werde [1]).

1) Manes: Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 195.

ZWEITER ABSCHNITT:

SYSTEMATISCHE BETRACHTUNG UND LEITGEDANKEN DER MODERNEN SOZIALVERSICHERUNG.

VIERTES KAPITEL:

DER UMFANG DER MODERNEN SOZIALVERSICHERUNG.

§ 1. Das rechtliche Verhältnis der zu versichernden Personengruppen zum Sozialversicherungsumfang: Versicherungspflicht, Versicherungsfreiheit, Versicherungsberechtigung.

Für die Bestimmung des Umfanges der modernen Sozialversicherung sind in erster Linie drei Grundsätze massgebend: die Versicherungspflicht, die Versicherungsfreiheit und die Versicherungsberechtigung. Ihre besondere Bedeutung liegt begründet in dem obligatorischen Charakter der Sozialversicherung. Um den Umfang der obligatorischen Sozialversicherung eindeutig festlegen zu können, muss vorerts das Wesentliche dieser drei Grundsätze klar herausgestellt werden.

Der wichtigste Grundsatz und eine wesentliche Voraussetzung für die moderne Sozialversicherung und im besonderen für den Sozialversicherungsumfang ist der Versicherungszwang. Da dieser Grundsatz des Versicherungszwanges auf gesetzlicher Grundlage beruht, bezeichnet man die moderne Sozialversicherung im Gegensatz zu ihren älteren Formen als „obligatorische Sozialversicherung". Dass der Versicherungszwang für die moderne Sozialversicherung eine wesentliche Voraussetzung ist, hat auch das Internationale Arbeitsamt zum Ausdruck gebracht, indem es sagt, dass „eine Sozialversicherung nur als Pflichtversicherung denkbar" sei. Diese Anschauung wird desgleichen von fast allen

bedeutenden Autoren auf dem Gebiete der Sozialversicherung vertreten [1]).

Der Versicherungszwang der modernen obligatorischen Sozialversicherung kann in verschiedener Richtung bestehen: beispielsweise in Bezug auf den Versicherungsträger als Kassenzwang oder als Zwangskassen; hinsichtlich der Beitragsleistungen als Beitragspflicht und hinsichtlich der Versicherungsleistungen als Pflichtleistungen [2]). Trotz seiner vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten

1) Manes: Versicherungswesen. III Bd. Leipzig und Berlin 1932. S. 221: „Während in der Individualversicherung die Freiwilligkeit der Beteiligung an der Versicherungsgemeinschaft weitaus die Regel bildet, ein Zwang zur Beteiligung die Ausnahme darstellt, ist das Verhältnis bei der Sozialversicherung der Gegenwart gerade umgekehrt, nachdem der lang anhaltende, heftige Prinzipienstreit international zugunsten des Zwanges entschieden worden ist. Das Internationale Arbeitsamt erklärt sogar unumwunden dass „eine Sozialversicherung nur als Pflichtversicherung denkbar" sei. Seit jeher bezeichnet man auch die obligatorische Sozialversicherung als Sozialversicherung im engeren Sinne, und nur, wenn man von Sozialversicherung im weiteren Sinne spricht, schliesst man auch die lediglich auf freiwilliger Grundlage beruhende mit ein".

So auch Moldenhauer: Das Versicherungswesen. — Bd. I. (Allgemeine Versicherungslehre). — 4. Aufl. — Berlin und Leipzig 1925. S. 86: „Die bisherige Entwicklung hat gezeigt, dass für die soziale Versicherung die staatliche, mit Zwang ausgerüstete Organisation das richtige ist."

So auch — L. Brucker, Muthesius, L. Richter, H. Süss Die Sozialversicherung. I. Bd., Berlin 1928., S. 74: „Ohne Versicherungszwang ist eine vollwertige Sozialversicherung unmöglich."

Desgl. Lutz Richter: Sozialversicherungsrecht, Berlin 1931. S. 11: „Der Zwangscharakter sichert der Einrichtung die Bestandsfähigkeit. Er bewirkt, dass gerade diejenigen nicht fernbleiben, die wegen ihrer wirtschaftlichen Schwäche zu eigener Versorgung nicht fähig sind und die eine Sicherung gegen Wechselfälle des Arbeitslebens am nötigsten haben".

In gleicher Weise W. Weddigen: Grundfragen der Sozialversicherungsreform, Jena 1931. S. 21—22: „Der Versicherungszwang, der hier im übrigen meist nicht zu entbehren war, tritt gleichfalls zuerst in der organisierenden Sozialversicherung auf. Hier kann er entweder 1. als Zwang nur zur Versicherung (bei irgendeiner, auch privaten, freien Kasse) auftreten, oder 2. er schreibt als „Kassenzwang" im Wege der „Zwangsversicherung" daneben auch „die Wahl des Versicherungsträgers vor".

2) Vergl. auch — L. Brucker, Muthesius, L. Richter, H. Süss. — a. a. O. — S. 74: „Der Versicherungszwang kann bestehen:
a) innerhalb der einzelnen Versicherungsarten,
b) gegenüber einem festumrissenen Personenkreis,
c) bei einem bestimmten Versicherungsträger,
d) gegenüber bestimmten Versicherungsleistungen".

spielt der Versicherungszwang insbesondere für den Umfang der Sozialversicherung eine ausschlaggebende Rolle.

Die grosse Bedeutung des Versicherungszwanges für den Sozialversicherungsumfang liegt darin, dass ohne diesen Zwang die unteren sozialen Schichten, die infolge ihrer geringfügigen Entlohnung der Leistungen der Sozialversicherung in erster Linie bedürfen, eben wegen ihres niedrigen Einkommens nicht die Beträge für eine freiwillige Sozialversicherung aufbringen würden. Die geschichtliche Erfahrung hat gezeigt, dass von diesem Standpunkt aus gesehen die freiwillige Sozialversicherung in Form der Hilfskassen, Hilfsvereine, usw. immer nur in begrenztem Umfang den sozialen Bedürfnissen der arbeitenden Klassen genügen wird, weil die ärmeren Arbeitermassen durch die freiwilligen Sozialversicherungseinrichtungen nicht erfasst werden [1]). Daher sagt auch Moldenhauer in Bezug auf die Notwendigkeit der obligatorischen Sozialversicherung: „Ohne den Versicherungszwang werden nur Bruchteile der Arbeiterklasse die Vorzüge der Versicherung geniessen und diese sich aus der Oberschicht zusammensetzen; während gerade die, die der Fürsorge am meisten bedürfen, die gering bezahlten alten, schwachen und kränklichen Arbeiter einer Versicherung entbehren, da ihnen die finanzielle Leistungsfähigkeit und die moralische Kraft zur freiwilligen Versicherung fehlt." [2]). Nur mittels des Versicherungszwanges kann eine allgemeine Verwirklichung der Selbsthilfe aller bedürftigen Arbeitermassen verwirklicht werden, nur durch den Versicherungszwang kann die

---

1) Vergl. — I. N. Angelescu — Asigurările sociale în statele moderne, Bucureşti, 1931. S. 133.

2) P. Moldenhauer: Das Versicherungswesen. — Bd. I. — a. a. O. — S. 86.

So auch Manes: Versicherungswesen. — III. Bd. — a. a. O. — S. 222: „Je länger, je mehr ist in den verschiedensten Ländern die Erfahrung gemacht worden, dass ohne gesetzlichen Zwang gerade die Masse der einer Versicherung Bedürftigsten von ihr nicht Gebrauch machen; nur die obligatorische Gestaltung der Sozialversicherung ermöglicht es auch, zur Kostentragung Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Staat rationell heranzuziehen."

Selbstverantwortlichkeit des einzelnen Versicherten, für sich und seine Familie nach seinen Kräften zu sorgen, stärker und allgemein ins Bewusstsein der arbeitenden Massen getragen werden. Von diesen Gedankengängen ausgehend stellt daher Paul Pic mit vollem Recht fest: „L'assurance ouvrière, concluons-nous avec M. Jay (Rev. polit. 1895, IV. 84) sera obligatoire ou ne sera pas." [1]).

In Bezug auf den Umfang der Sozialversicherung wird durch den Versicherungszwang der Kreis der Versicherungspflichtigen, d. h. derjenigen Personen bestimmt, die als die eigentlichen Mitglieder der modernen obligatorischen Sozialversicherungseinrichtung anzusehen sind, und die in allen Sozialversicherungsgsetzgebungen erfasst werden. Neben den Versicherungspflichtigen kennen diese Gesetzgebungen die Versicherungsfreien, d. h. diejenigen Personengruppen, die aus bestimmten Gründen von der Versicherungspflicht befreit sind und die Versicherungsberechtigten, d. s. diejenigen Personengruppen, die sich freiwillig versichern können.

1. Die Versicherungspflicht: Der Versicherungszwang, oder mit anderen Worten die Versicherungspflicht, tritt kraft Gesetzes ein, denn sie beruht auf einer öffentlich-rechtlichen Grundlage. Folglich ist die Versicherungspflicht nicht abhängig von dem Willen des Versicherten, dieser Versicherungszwang wird vielmehr automatisch ausgelöst, sobald bestimmte gesetzliche Bestimmungen erfüllt sind. Die Eigenart des Versicherungszwanges besteht somit nicht nur darin, dass er einen Zwang zum Versichern schafft, sondern auch dass er sich zwangsläufig, d. h. kraft Gesetzes auf diejenigen Personenkreisen erstreckt, für die die gesetzlichen Vorbedingungen erfüllt sind [2]).

Hinsichtlich des Umfanges der Sozialversicherung ist die wichtigste gesetzliche Voraussetzung für das Eintreten des Versicherungszwanges die Zugehörigkeit zu einem gesetzlich bezeichneten Personenkreis. Diejenigen Personen, die

1) Paul Pic: Traité élémentaire de legislation industrielle. Paris 1933. S. 1015.

2) Vergl. E. Trode: Sozialversicherungslehre. Stuttgart 1934. S. 20—21.

durch den vom Gesetz vorgesehenen und festgesetzten Personenkreis erfasst werden, bilden den Kreis der sogenannten Versicherungspflichtigen.

Die Zugehörigkeit zu einem durch Gesetz bestimmten Personenkreis ist, wenn auch die wichtigste, so doch meist nicht die einzige gesetzliche festgesetzte Bedingung für das Eintreten der Versicherungspflicht.

Viele Gesetzgebungen setzen ausser der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personengruppe voraus, dass die von der Versicherungspflicht zu erfassende Person in einem Beschäftigungsverhältnis sich befindet und für diese Beschäftigung ein Entgelt — d. h. Arbeitseinkommen — erhält. Diese beiden Bedingungen gelten insbesondere für die Arbeiter und Angestellten. Soweit die Versicherungspflicht auch die kleinen Selbständigen und die Hausgewerbetreibenden erfasst, kommen diese beiden Vorbedingungen nicht mehr in Betracht. Bei Lehrlingen dagegen besteht die Versicherungspflicht auch wenn sie nicht gegen Entgelt beschäftigt werden.

Desweiteren wird die Versicherungspflicht in vielen Gesetzgebungen an ein gewisses Lebensalter und die Höhe des Jahreseinkommens gebunden. So kann eine Höchstgrenze für das jährliche Arbeitseinkommen festgesetzt werden, die nicht überschritten werden darf und ebenso eine Höchstgrenze für das Lebensalter und seltener ein Mindestalter.

Auch die Staatsangehörigkeit spielt manchmal eine gewisse Rolle, so z. B. im Falle der obligatorischen Volksversicherungen [1]).

Dagegen ist der Familienstand oder das Geschlecht im allgemeinen nicht von entscheidender Bedeutung für das Inkrafttreten des Versicherungszwanges, wohl aber die Art der Beschäftigung, ob es sich etwa um eine übergehende Beschäftigung handelt, oder ob dieselbe der Berufsausbildung dient, usw.

2. Die Versicherungsfreiheit: Versicherungsfrei sind diejenigen Personen, die unter bestimmten Voraussetzungen

---

1) Was „obligatorische Volksversicherung" ist, siehe Fussnote 3 auf S. 85.

ausserhalb des Bereiches der Versicherungspflicht gelassen sind

Die Versicherungsfreiheit besteht entweder kraft Gesetzes oder kann auf Antrag erlangt werden.

a) Kraft Gesetzes sind diejenigen Personen versicherungsfrei, die zwar dem Grunde nach versicherungspflichtig sind, aber es kommen in ihrem speziellen Falle noch gewisse besondere Umstände hinzu, derentwegen ihre Einbeziehung in den Kreis der Versicherungspflichtigen nicht erforderlich erscheint. Beispielsweise gehören die betreffenden Personen in Deutschland durch gesetzliche Regelung zu einem bestimmten Versichertenkreis, sind aber versicherungsfrei, weil sie entweder ohne Entgelt beschäftigt sind, oder weil sie nur eine vorübergehende Dienstleistung verrichten, oder weil sie die festgesetzte jährliche Höchstverdienstgrenze überschreiten, u. a. m.

b) Auf Antrag können sich einzelne Personen von der Versicherungspflicht selbst befreien, beispielsweise weil sie bereits von anderer Seite, d. h. von einer anderen Versicherungseinrichtung den Leistungen der Sozialversicherung entsprechende Leistungen erhalten oder weil sie aus irgendwelchen Gründen der Fürsorge nicht so dringend bedürfen.

3. Die Versicherungsberechtigung: Versicherungsberechtigt sind diejenigen Personen, die sich freiwillig versichern können.

Fast in allen Sozialversicherungssystemen ist neben der obligatorischen Versicherung auch eine freiwillige vorgesehen, die allerdings nur bestimmten Personen offen steht.

Bei der Versicherungsberechtigung unterscheidet man zwei Arten: die Selbstversicherung und die Weiterversicherung.

a) Unter Selbstversicherung ist der freiwillige Eintritt bestimmter Personen in den Kreis der Versicherten zu verstehen, die Kraft Gesetzes dazu berechtigt sind, in die Sozialversicherung einzutreten. Die Sozialversicherung steht also beispielsweise solchen Personen offen, die kraft Gesetzes versicherungsfrei sind. Im wesentlichen liegt die Bedeutung der Selbstversicherung darin, dass auf dieser Basis die Eingliederung der kleinen selbständigen Geschäftsleute und Handwerker in den Versichertenkreis ermöglicht wird.

b) Die Weiterversicherung ist die freiwillige Fortsetzung einer voraufgehenden Pflichtversicherung, d. h. nachdem die betreffende Person aus der Versicherungspflicht ausgeschieden ist. Eine Weiterversicherung kommt also nur für solche Personen in Frage, die zuvor versicherungspflichtig waren, aber aus nunmehr eingetretenen Gründen, beispielsweise infolge Überschreitung der festgesetzten Höchsteinkommensgrenze versicherungsfrei geworden sind.

Sowohl für die Selbstversicherung als auch für die Weiterversicherung können ganz allgemein gewisse Bedingungen gestellt werden, beispielsweise eine bestimmte Altersgrenze, eine Einkommensgrenze, u. a. m.

§ 2. Der Kreis der Versicherten.

In allen Gesetzgebungen über die obligatorische Sozialversicherung wird an erster Stelle der Sozialversicherungsumfang festgelegt, und zwar wird in diesen Gesetzen einerseits bestimmt, welche Personen in den Genuss des Versicherungsschutzes gelangen sollen, und andererseits werden die Versicherungsfälle aufgezählt, für die die Versicherungspflichtigen versichert werden sollen. Demzufolge ergibt sich für eine Untersuchung des Sozialversicherungsumfanges eine Zweiteilung:

1. nach dem Kreis der Versicherten und
2. nach den vorgesehenen Versicherungsfällen, die ihrerseits zu einer Aufteilung nach Versicherungszweigen führen.

Im folgenden soll zunächst der Kreis der Versicherten im allgemeinen, d. h. im Rahmen der gesamten modernen Sozialversicherung dargestellt werden. Im nächsten Paragraphen werden sodann die gegenwärtig vorhandenen Versicherungszweige mit ihren verschiedenen Versicherungsfällen und den jeweiligen Versichertenkreisen im Zusammenhang aufzuzeigen sein. Dabei wird es sich zeigen, dass bei der Bestimmung des Umfanges der Sozialversicherung die beiden Untersuchungsobjekte sich als sehr eng miteinander verflochten erweisen werden.

Den Hauptgegenstand der Sozialversicherung bilden die Ver-

sicherten selbst. Für sie ist das ganze Werk der Sozialversicherungseinrichtung geschaffen worden und für sie werden im allgemeinen die Arbeitgeber und der Staat auf dem Wege der Lastenverteilung zu Leistungen verpflichtet. Es erscheint daher die Frage berechtigt, wer diese Versicherten sind, für die der Staat und die sozialen Kräfte eingesetzt werden, welches ist der Kreis dieser Versicherten.

Bei der Bestimmung des Versichertenkreises sind die beiden wichtigsten Entstehungsursachen der Sozialversicherung, die im ersten Abschnitt bereits aufgezeigt wurden, von ausschlaggebender Bedeutung. Diese beiden Entstehungsursachen waren der Mangel an Selbstfürsorgepflichtbewusstsein und die Unzulänglichkeit des Arbeitseinkommens bei einem grossen Teil der Arbeitnehmer, um sich selbst und ihre Familien gegen die drohenden Lebens- und Arbeitsgefahren zu schützen.

Die Sozialversicherung wurde also in erster Linie für die Arbeitermassen geschaffen, denen nicht nur das Selbstfürsorgepflichtbewusstsein fehlt, sondern deren Arbeitseinkommen ganz allgemein für eine Selbstfürsorge unzulänglich ist. Von diesen Leitgedanken wurde sowohl die Einführung als auch die Verwirklichung der modernen Sozialversicherung von Anfang an beherrscht. Aus diesem Grunde wurde die Sozialversicherung auch im Anfang und noch lange Zeit nachher kurz als „Arbeiterversicherung" bezeichnet, obwohl die ersten deutschen Pflichtversicherungsgesetze (1883—1889) gleich von Anfang an auch diejenigen Angestellten in Kreis der Versicherungspflichtigen einbezogen haben, die weniger als 2.000 Mk. Lohn im Jahr erhielten [1]). Die Sozialversicherung ist also in ihrem Ursprung für die unteren sozialen Klassen ins Leben gerufen worden, die unter dem Mangel an Selbstfürsorgepflichtbewusstsein und der Unzulänglichkeit des Arbeitseinkommens am schwersten leiden, und die andererseits in besonderem Masse den verschiedensten Lebens- und Arbeitsgefahren ausgesetzt sind.

Gegenwärtig macht sich in einigen Ländern die Tendenz geltend, alle diejenigen Personen in das System der Sozialversiche-

1) Vergl. Moldenhauer: Art. Sozialversicherung, HdSt., 4. Aufl. Ergänzungsband. S. 828. Jena 1929.

rung einzubeziehen, deren Existenzsicherung in der Hauptsache von ihrer Arbeitsverrichtung abhängig ist.

Das in der Gegenwart am meisten verbreitete System der Sozialversicherung besteht in der Erfassung der Gesamtheit der Lohnarbeiter mit Einschluss der Angestellten, im allgemeinen aber nur bis zu einer gewissen Verdienstgrenze, und desweiteren unter Einbeziehung der kleinen selbständigen Unternehmer und Handwerker, allerdings nur unter bestimmten Voraussetzungen [1]).

Welche Personengruppen im einzelnen von der Sozialversicherung erfasst werden, veranschaulicht am besten ein Überblick über die historische Ausdehnung des Sozialversicherungsumfanges.

In der Sozialversicherung wurden die einzelnen Personengruppen der Versicherten, ebenso wie bei fast allen sozialen Einrichtungen erst allmählich zugeführt.

Die Notwendigkeit einer obligatorischen Sozialversicherung wurde zuerst in denjenigen Industrien erkannt, in deren Betrieben der Arbeitsprozess besonders unfallgefährlich ist. Demzufolge wurden die ersten Sozialversicherungseinrichtungen für die Bergarbeiter geschaffen, weil im Bergbau die meisten Arbeitsunfälle vorkommen. Es ist hier auf die alten Knappschaften hinzuweisen und auf die späteren Zwangsversicherungsgesetze für die Bergarbeiter beispielsweise das Preussische Gesetz von 1854.

Allmählich wurden dann alle anderen Lohnarbeiter in das System der Sozialversicherung eingegliedert. Das beste Beispiel für diesen schrittweisen Aufsaugungsprozess liefert Deutschland. Die Lohnarbeiter im Handel und Gewerbe wurden im Jahre 1883 gegen Krankheit und im Jahre darauf auch gegen Arbeitsunfälle versichert. Im Jahre 1885 wurden die Lohnarbeiter der Verkehrsbetriebe, 1886 die in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen, 1887 die bei Bauten beschäftigten Personen und im gleichen Jahr auch die Seeleute und die bei der Seeschiffahrt beteiligten Personen in

1) Vergl. Manes: Versicherungswesen. III. Bd. Leipzig und Berlin 1932. S. 223 und Moldenhauer: H. d. St. Ergänzungsband. a. a. O. S. 828—829.

das Sozialversicherungssystem einbezogen [1]). Es ist dabei zu berücksichtigen, dass unter dem „Lohnarbeiter" gewöhnlich auch die Gesellen, Gehilfen und Lehrlinge einbegriffen sind.

Aber nicht nur die verschiedenen Gruppen der Lohnarbeiter wurden mit der Zeit von der Sozialversicherung erfasst, auch die Angestellten waren schon in den ersten deutschen Kranken- und Unfallversicherungsgesetzen von 1883 und 1884 berücksichtigt, aber nur bis zu einer bestimmten jährlichen Höchstverdienstgrenze. Besondere Angestelltenversicherungsgesetze wurden dagegen erst erheblich später eingeführt, und zwar in Österreich 1907 und in Deutschland 1911.

Die Einbeziehung der Handwerker und der kleinen selbständigen Gewerbetreibenden erfolgte in einigen Ländern ebenfalls nur schrittweise. So wurde beispielsweise die Heimindustrie schon in den ältesten deutschen Gesetzen und insbesondere in der Reichsversicherungsordnung als versicherungspflichtig erklärt, während die Hausgewerbetreibenden erst durch das Gesetz von 1922 in die deutsche Sozialversicherung eingebracht wurden [2]). Es handelt sich aber dabei in erster Linie um die Handwerker und die kleinen selbständigen Gewerbetreibenden. Diese wurden lange Zeit in die obligatorische Sozialversicherung nicht eingegliedert, weil sie nicht als Lohnarbeiter, sondern als Unternehmer angesehen wurden. Betrachtet man aber die wirtschaftlichen Voraussetzungen für ihre Verdienstmöglichkeiten und ihre berufliche Lage, so ergibt sich, dass sie in ihrer Lage dem Arbeitnehmer viel näher stehen als dem Unternehmer.

Die selbständigen Handwerker, und besonders diejenigen, die weniger als 10 Lohnarbeiter beschäftigen, erfüllen meist die Vorbedingungen, um von der Sozialversicherung aufgenommen zu werden, weil der grösste Teil ihres Einkommens nicht aus dem angelegten Kapital fliesst, sondern aus ihrer Händearbeit und aus der Mitarbeit ihrer Familienmitglieder. „Wenn man die kleinen Gewerbetreibenden und die Handwerker in Betracht zieht, die we-

1) Manes: Versicherungswesen III. Bd. a. a. O. S. 190.
2) Moldenhauer: HdSt. a. a. O. S. 828.

niger als 10 Lohnarbeiter beschäftigen, so wird man feststellen können, dass bei ihnen die individuelle Arbeitskraft eine viel grössere Rolle spielt als das Kapital... Wenn es eine Klasse gibt, die eines unmittelbaren Schutzes bedarf, dann ist es die Klasse der kleinen Gewerbetreibenden. Oftmals werden aus diesen spezialisierten Lohnarbeitern Handwerksmeister, aber viele von ihnen kehren ebenso oft in die Reihe der Lohnarbeiter zurück. Sogar wenn sie eine eigene Werkstatt haben, gehören doch zwei Drittel ihres beruflichen Lebens der Arbeit und nicht dem Kapital."[1]

Aus den aufgezeigten Gründen wurden die Handwerker und kleinen Gewerbetreibenden von den Sozialversicherungen vieler Länder allmählich in ihre obligatorischen Versicherungseinrichtungen aufgenommen, so beispielsweise in Rumänien durch die Gesetze von 1912 und 1933.

In Deutschland hat man ihnen die freiwillige Sozialversicherung durch die Reichsversicherungsordnung von 1911 geöffnet; bezüglich der Unfallversicherung können aber diese Berufsgruppen durch die Satzungen der Berufsgenossenschaften obligatorisch versicherungspflichtig gemacht werden.[2]

Mit der Zeit wurden schliesslich auch einige besonders geartete Gruppen von Arbeitnehmer in die Sozialversicherungseinrichtungen der einzelnen Länder einbezogen. Hierher gehören die Hausgehilfen oder Dienstboten, die landwirtschaftlichen Arbeiter, die Lohnarbeiter in den Häfen und anderen Saisonarbeiter. Die Eingliederung dieser Berufsgruppen war anfangs sehr umstritten, weil es grosse Schwierigkeiten machte, ihren „Lohn" bzw. „Entgelt" und ihren „Arbeitgeber" im Einzelfalle festzustellen.

Für die Hausgehilfen stiess die Festsetzung der Höhe des Entgelts in Geldwert besonders deshalb auf Schwierigkeiten, weil ein Teil ihrer Entlohnung in natura abgegolten wird, und weil gewöhnlich gerade dieser Anteil in Form von Nahrung, Obdach, Kleidung, u. ä. für den Arbeitnehmer viel wichtiger ist als der in Bargeld gewährte Lohn. Trotz dieser Schwierigkeiten wur-

---

1) D. R. Ioanitescu: Curs de politică socială. Școala Magurel. Bucureşti. 1934. S. 245.

2) Reichsversicherungsordnung § 548. Siehe auch bei Moldenhauer: HdSt. a. a. O. S. 828.

den die Hausgehilfen in vielen Ländern im Laufe der Zeit der Sozialversicherungspflicht unterstellt. In Deutschland geschah dies durch das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz von 1889 und durch die Reichsversicherungsordnung von 1911, in Frankreich durch das Gesetz von 1928 - 1930 und in Rumänien durch das einheitliche Gesetz von 1933. In Bezug auf die Krankenversicherung wurde die Eingliederung der Hausgehilfen auch in einem Übereinkommen des Internationalen Arbeitsamtes in Genf im Jahre 1927 vorgesehen.

Von grösserer sozialer Bedeutung aber ist die Eingliederung der landwirtschaftlichen Arbeiter. Ihre Aufnahme in die Sozialversicherung ist auch heute noch heftig umstritten, insbesondere in den ausgesprochenen Agrarländern Süd-Ost-Europas. Dabei handelt es sich nicht so sehr um diejenigen Arbeiter, die in mehr oder weniger industrialisierten landwirtschaftlichen Betrieben Beschäftigung finden, denn für diese ist das Entlohnungswesen klar und übersichtlich. Sie sind dem Industriearbeiter gleichzustellen, da ihre Arbeitszeit und ihr Lohn wie beim Industriearbeiter festgesetzt wird. Die in solchen landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Lohnarbeiter wurden in Deutschland daher schon 1886 sozialversicherungspflichtig. Die grossen Schwierigkeiten für die Eingliederung und die ungeheure soziale Bedeutung dieser Eingliederung besteht für diejenigen landwirtschaftlichen Saison- oder Tagarbeiter, die in den noch unentwickelten landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt sind, wo die Arbeitskraft und nicht die Maschine vorherrscht. Hier ergeben sich die Schwierigkeiten für die Bemessung des Entgelts, für die Regelung der Arbeitsdauer, der Art der Arbeit und nicht selten für die Feststellung des Arbeitsgebers. Dies aber sind grösstenteils die Arbeitsbedingungen für die landwirtschaftlichen Arbeiter in den Ländern Süd-Ost-Europas.

Dennoch haben inzwischen einige Länder ihre Sozialversicherungseinrichtungen auch auf diese landwirtschaftlichen Arbeiter ausgedehnt, so beispielsweise: Ungarn (1900), Italien (1917), die Niederlande (1922), Oesterreich (1928), Frankreich (1930), usw.[1])

1) Im einzelnen vergl. I. A. A.: Organisation internationale du travail et les assurances sociales. Genf 1926. Serie M. Nr. 12. S. 197 - 228.

Die Lohnarbeiter in den Häfen sind auch Saisonarbeiter. Ihre Arbeitgeber wechseln aber ständig und sind daher nur schwer bestimmbar. Diese Lohnarbeiter übernehmen von Fall zu Fall das Ein- oder Ausladen der Schiffe, sie sind von der Höhe des jeweiligen Güterumschlags absolut abhängig. Trotz dieser unregelmässigen Beschäftigung und des steten Wechsels des Auftraggebers, d. h. Arbeitsgebers haben einige Länder auch diese Berufsgruppe in ihr Sozialversicherungswesen eingegliedert.

Desweiteren umfasst die Sozialversicherung weniger Länder heute auch folgende Berufsgruppen, allerdings nur unter bestimmten Voraussetzungen, insbesondere in Bezug auf eine Höchstgrenze des jährlichen Einkommens: Bühnenmitglieder und Musiker, Lehrer und Erzieher, Schiffsführer und Schiffsoffiziere und manchmal sogar Aerzte, Rechtsanwälte, Apotheker, u. a. m.

Die Beamten und Angestellten, die von den einzelnen Staaten, Gemeinden, öffentlichen Körperschaften, Eisenbahngesellschaften, usw. beschäftigt werden, sind im allgemeinen in Sonderanstalten versichert, die von den einzelnen Behörden selbst eingerichtet worden sind.

Diese chronologische Übersicht über die allmähliche Ausweitung des Umfanges der Sozialversicherung zeigt, dass sich der Kreis der Versicherten der Sozialversicherung in fast allen Ländern gerade aus den bedürftigen sozialen Gruppen zusammensetzt, deren einziges Vermögen ihre Arbeitsrkaft ist. So ist die Sozialversicherung in ihrer Entwicklung der Idee ihrer Gründung gemäss in erster Linie eine Versicherungseinrichtung für die arbeitenden Massen geworden.

Das vorherrschende System der Sozialversicherung in Bezug auf den Kreis der Versicherten lässt sich nach dem Vorhergesagten charakterisieren als eine Einrichtung für die Gesamtheit der Lohnarbeiter mit Einschluss der Angestellten, bis zu einer gewissen Verdienstgrenze, und für die kleinen selbständigen Gewerbetreibenden

und Handwerker, unter gewissen Voraussetzungen[1]). Dies gilt beispielsweise für Deutschland, Frankreich, England, Rumänien, usw.

Neben diesem fast überall anerkannten System gibt es zwei weitere Sozialversicherungssysteme, und zwar:[2])

a) Die Sozialversicherung aller wirtschaftlich unselbständig oder selbständig Erwerbstätigen, wenn auch unter gewissen Voraussetzungen, so z. B. zu einer festgesetzten Altersgrenze oder Einkommenshöhe.

b) Die sogenannte obligatorische Volksversicherung oder Nationalversicherung, bei der die ganze Volksgemeinschaft zu einer Versicherungsgemeinschaft zusammengeschlossen wird[3]).

Eine Sozialversicherung aller Erwerbstätigen gibt es in Portugal und in vier schweizerischen Kantonen in Bezug auf die Krankenversicherung. Eine obligatorische Volksversicherung gibt es dagegen in Schweden in Bezug auf die Alters- und Invaliditätsversicherung; desgleichen in Dänemark[4]). Auch die Volksversicherung kennt bestimmte Voraussetzungen, unter denen die Versicherungspflicht nur in Kraft tritt. So wird vor allem meist eine

---

1) Vergl. auch — L. Brucker, Muthesius, L. Richter, H. Süss. — Die Sozialversicherung. — I. Bd. — Berlin 1928. — S. 73: „Die Sozialversicherung wurde bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts „Arbeiterversicherung" genannt. Sie umfasst aber heute nicht allein mehr die Arbeiter (Handarbeiter), sondern auch die Angestellten (Kopfarbeiter) und teilweise auch wirtschaftlich Selbständige (z. B. Kleinunternehmer, aber auch andere)."

2) Nähere Angaben siehe in den Veröffentlichungen des I. A. A.: Les problèmes généraux de l'assurance sociale. Serie M. Nr. 1. Genf 1925. S. 1—6.

3) Unter „obligatorische Volksversicherung" ist etwas anderes zu verstehen als das, was unter dem Begriff „Volksversicherung" auf S. 53 dieser Arbeit verstanden wurde. Die einfache „Volksversicherung", wie sie auf S. 53 dargestellt wurde, ist eine Einrichtung der Individualversicherung (Privatversicherung) und kennt keinen Versicherungszwang. Dagegen die „obligatorische Volksversicherung" ist, wie ihr Name schon zeigt, eine obligatorische Sozialversicherung der ganzen Volksgemeinschaft eines Landes gegen bestimmte vorgesehene Versicherungsfälle.

4) Manes: Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 222—225 und I. A. A.: L'année sociale, 1933. Genf 1934. S. 190—191.

gewisse Altersgrenze festgesetzt: in Schweden soll beispielsweise jeder Staatsbürger mindestens 16 und darf höchstens 66 Jahre alt sein; in Dänemark dagegen liegt die Zeit der Versicherung zwischen dem 21-ten und 60-ten Lebensjahr [1]).

§ 3. Die einzelnen Zweige der modernen Sozialversicherung.

Nachdem im vorhergehenden Paragraph der Umfang der Sozialversicherung nach der Seite des Kreises der Versicherten aufgezeigt wurde, sollen nunmehr die einzelnen Versicherungsfälle gekennzeichnet werden, die ihrerseits zu einer Einteilung der modernen Sozialversicherung nach Versicherungszweigen führen, und zusammen mit dem Kreis der Versicherten den Umfang der modernen Sozialversicherung charakterisieren.

Die Menschen sind in ihrer Gesamtheit im allgemeinen mannigfachen Gefahren ausgesetzt. Aber die arbeitenden Massen, und unter ihnen insbesondere diejenigen, die im industriellen Produktionsprozess tätig sind, sind in einem erhöhten Masse den verschiedensten Gefahren, und gleichzeitig den grössten Gefahren ausgesetzt. Die arbeitenden Massen trifft also gleichzeitig eine Häufung der Gefahrenmomente und des Gefahrengrades.

Die Bekämpfung dieser Gefahren, oder mit anderen Worten Risiken der Arbeit, ist das Ziel der Sozialversicherung. Diese Lebens- und Arbeitsgefahren bilden daher die Versicherungsfälle der Sozialversicherung. Diese Versicherungsfälle sind folgende: Krankheit, Schwangerschaft, Unfall, Invalidität, Alter, Arbeitslosigkeit und Tod.

Auf den aufgezählten Versicherungsfällen ergibt sich eine Einteilung der Sozialversicherung in verschiedene Versicherungszweige. Gegenwärtig kann man in der Sozialversicherung im wesentlichen die folgenden 4 Versicherungszweige feststellen:

1. Die Unfallversicherung und die Unfallentschädigungspflicht;
2. die Kranken- und Mutterschaftsversicherung;
3. die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung u.

1) I. A. A.: Les services sociaux en 1933. Vol. I. Reihe M. Nr. 13. Genf 1936. S. 657 und L'année sociale 1933. a. a. O. S. 190.

4. die Arbeitslosenversicherung.

Die voraufgehende Einteilung ist diejenige, die das Internationale Arbeitsamt in allen seinen Veröffentlichungen verwendet.

Obwohl diese Einteilung eine allgemeine Anerkennung gefunden hat, ist an dieser Stelle noch auf zwei weitere wichtige Einteilungssysteme hinzuweisen, nämlich auf das von Weddigen und Manes; die beiden versuchen, das enge Verhältnis zwischen Versicherungsfall und Versicherungszweig klarer herauszustellen.

Nach der Systematik von Weddigen kommen als Versicherungsfälle der Sozialversicherung grundsätzlich folgende Bedarfsfälle in Betracht, die entstehen:

I. aus vorübergehender Beeinträchtigung der Existenzlage durch Gründe, die

1. in der Person des Versicherten liegen, nämlich:

a) Krankheit (Krankenversicherung);

b) Schwangerschaft (Schwangerschafts- oder Mutterschaftsversicherung);

c) Elternschaft (Elternschaftsversicherung);

d) Unfall (zunächst meist Kranken-, später Unfallversicherung);

2. ausserhalb der Person des Versicherten liegen, wie:

Mangelnde Arbeitsgelegenheit (Arbeitslosenversicherung);

II. aus dauernder Beeinträchtigung oder Vernichtung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit durch:

1. Krankheit oder Unfall (Invaliditätsversicherung);

2. hohes Alter (Altersversicherung);

III. infolge von Todesfällen:

1. für die Begräbniskosten (Sterbegeld oder Begräbnisversicherung);

2. für den Lebensunterhalt der Hinterbliebenen (Witwen- und Waisenversicherung [1]).

Manes geht bei der Einteilung der Hauptzweige der Sozialversicherung ebenfalls von den verschiedenen Bedarfsfällen aus.

---

1) Weddigen: Grundfragen der Sozialversicherungsreform. Jena 1931. S. 14.

Die einzelnen Sozialversicherungszweige dienen nach Manes der Deckung folgender Bedarfsfälle:

1. Bei vorübergehender Beeinträchtigung der Arbeits- und mithin der Erwerbsfähigkeit, sei es durch subjektive Ursachen, sei es durch sachliche Verhältnisse, und zwar entweder:

a) durch Krankheit (Krankenversicherung);

b) durch Unfall (Unfallversicherung);

c) durch Schwangerschaft (Mutterschaftsversicherung);

d) durch schlechte Lage des Arbeitsmarktes (Arbeitslosenversicherung).

2. Bei dauernder Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbstätigkeit, die ihre Ursachen haben kann:

a) in den Folgeerscheinungen von Krankheiten oder Unfällen (Invaliditätsversicherung);

b) im hohen Alter (Altersversicherung).

Diese dauernde Erwerbsunfähigkeit kann eine Teilweise oder eine vollständige sein.

3. Bei vollständiger Vernichtung der Persönlichkeit, das ist Eintritt des Todes, insoweit hierdurch eine finanzielle Benachteiligung eintritt:

a) infolge des Aufwandes für das Begräbnis (Begräbnisversicherung);

b) für die hinterbliebene Witwe (Witwenversicherung);

c) für die hinterlassenen Kinder (Waisenversicherung) [1]).

Gegenwärtig sind aber mehrere der vorgenannten Versicherungszweige in den Sozialversicherungssystemen der wichtigsten Länder zusammengefasst worden. Im allgemeinen ist die Mutterschaft- und die Sterbegeldversicherung in die Krankenversicherung einbezogen und die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherungen sind auch miteinander verbunden worden.

Ferner gibt es einige Länder, die überhaupt nur ein einheitliches Sozialversicherungssystem kennen, das alle Versicherungsfälle und Versicherungszweige in einer einheitlichen Organisation zusammenfasst. Hierher gehört beispielsweise das rumänische So-

1) Manes: Versicherungswesen. I. Bd. Allgemeine Versicherungslehre. Leipzig und Berlin 1930. 5. Aufl. S. 382—383.

zialversicherungssystem, das durch das Gesetz von 1933 geschaffen wurde und die Kranken-, Mutterschafts-, Unfall-, Invaliditäts-, Alters-, Sterbegeld- und Hinterbliebenenversicherung in einer einheitlichen Organisation vereinigt. In den Ländern mit einer einheitlichen Sozialversicherungseinrichtung ist der Kreis der Versicherten der gleiche für alle Versicherungsfälle bezw. Versicherungszweige.

Bei den übrigen Ländern mit getrennten Versicherungszweigen pflegt der Versichertenkreis jedes Versicherungzweiges immer wieder anders gelagert zu sein. Für die weiteren Ausführungen soll daher das am meisten anerkannte Einteilungssystem des Internationalen Arbeitsamtes zugrundegelegt werden.

1. Die Unfallversicherung und die Unfallentschädigungspflicht. Dies ist der erste Sozialversicherungszweig gewesen, der fast in allen Ländern zuerst eingeführt wurde. Obwohl in Deutschland das erste Krankenversicherungsgesetz (1883) ein Jahr vor dem Unfallversicherungsgesetz (1884) eingeführt wurde, ist in den anderen Ländern fast immer das Gegenteil geschehen. Doch muss es nicht ausser Acht gelassen werden, dass sogar in Deutschland schon lange Zeit vor der Einführung des Krankheitsgesetzes von 1883 schon eine Reihe von Gesetzen und Verordnungen, die Haftpflicht der Arbeitgeber betreffend, eingeführt worden waren [1]). Insbesondere ist das bekannte Haftpflichtgesetz von 1871 zu nennen, das für viele Länder zum Vorbild wurde.

Die Unfallversicherung steht an der Spitze der eingeführten Versicherungszweige, weil die Betriebsunfälle im allgemeinen viel offensichtlicher und viel schwerwiegender in ihren Auswirkungen sind als die übrigen Versicherungsfälle. Die Betriebsunfälle sind im Gegensatz zu den anderen Versicherungsfällen fast immer plötzlich hereinbrechende Ereignisse.

Die Unfallversicherung und das System der Unfallentschädigungspflicht beruhen auf dem Prinzip des Berufsrisikos („risque professionel"). Wegen dieser unvermeidlichen Berufsge-

---

1) Siehe die Ausführungen dieser Arbeit, auf S. 48—49.

fahren sind alle Betriebsunfälle als unzertrennlich von dem Arbeitsprozess und dem modernen Industriesystem anzusehen. Die verschiedenen Betriebsunfälle bilden zusammen das Berufsrisiko des Betriebes oder der Unternehmung [1]). In den Begriff „Betriebsunfälle" sind gegenwärtig fast überall auch die zufälligen Ereignisse einbegriffen. Manche Länder sind in ihren Sozialversicherungsgesetzgebungen sogar so weit gegangen, dass sie keinen Unterschied mehr machen zwischen Betriebsunfällen und anderen Unfällen, die die Versicherten treffen. So z. B. das rumänische Einheitsgesetz von 1933 kennt diesen Unterschied nicht mehr. Diese Vereinheitlichung bewirkte eine grosse Ersparnis in Bezug auf unnötige Kosten für vergebliche Prozesse, Sachverständigenausschüsse usw., die ihrerseits weit mehr Kosten verursacht hatten als die strittigen Renten ausgemacht hätten. In jüngster Zeit wurden auch die Berufskrankheiten in die Unfallversicherung einbezogen.

Trotz der grossen Bedeutung und so allgemeinen Verbreitung der Unfallversicherung gibt es noch kein Land, das seine ganze Volksgemeinschaft gegen Betriebsunfälle versichert hat; aber nicht nur ein Beispiel für eine obligatorische Volksversicherung gegen Betriebsunfälle fehlt, es gibt nicht einmal ein Land, das alle seine Erwerbstätigen gegen Betriebsunfälle versichert hat.

Im allgemeinen erfassen die gegenwärtigen Unfallversicherungssysteme der verschiedenen Länder fast alle Arbeiter und Angestellten, die letzteren teilweise nur bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze, so in Grossbritanien, Italien, Rumänien und anderen Ländern; unter Einschluss aller Angestellten in: Deutschland, Sowjet Russland (U. d. S. S. R.) u. a. Ausser den Arbeitern und Angestellten sind in vielen Ländern auch die Hausgewerbetreibenden und die kleinen Gewerbetreibenden eingegliedert, die letzteren aber vielfach nur in Form der freiwilligen Versicherung.

Der Kreis der Versicherten pflegt im allgemeinen nach zwei Gesichtspunkten festgelegt zu werden:

a) Entweder sind nur die für unfallgefährlich erklärten Be-

---

1) I. A. A.: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales. a. a. O. S. 28—30.

triebe versicherungspflichtig — ohne Rücksicht auf den Versicherten selbst, — so in Deutschland; oder

b) die einzelnen Arbeitnehmer sind versicherungspflichtig als Einzelperson und nicht als Mitglied eines gefährlich erklärten Betriebes, so beispielsweise in Rumänien.

Das erstere System erscheint insofern beschwerlich, als es nicht so einfach sein dürfte, die für gefährlich zu erklärenden Betriebe in befriedigender Weise abzugrenzen. Aber auch das andere System schliesst manche Nachteile ein, da die einzelnen Versicherten in vielen Ländern zahlreiche Voraussetzungen erfüllen müssen [1]).

Hinsichtlich des zahlenmässigen Umfanges der unfallversicherten Arbeiter in der Welt kann man wohl mit Manes sagen, dass nahezu alle Industriearbeiter der Welt gegen Unfall versichert sind [2]).

2. Die Krankenversicherung und die Mutterschaftsversicherung. Den zweiten grossen Versicherungsfall bildet die Krankheit. Sie ist im allgemeinen als ein der Menschheit innewohnendes Risiko anzusehen, weil ihre Entstehung nicht so sehr von der Arbeitsverrichtung selbst als vielmehr durch den menschlichen Lebensablauf bedingt ist. Obwohl der einzelne Krankheitsfall durchschnittlich nicht so plötzlich einzutreten pflegt wie der Unfall und auch meist in seinen wirtschaftlichen Auswirkungen für den Betroffenen nicht von so erheblicher Tragweite ist, so zeigt sich andererseits, dass in keinem Versicherungszweig der Sozialversicherung der Versicherungsfall so häufig eintritt als gerade in der Krankenversicherung. Aus den Statistiken der Sozialversicherung ergibt sich, dass auf rund 1000 Versicherte in der gewerblichen Unfallversicherung etwa 6 entschädigungspflichtige Unfälle im Jahr entfallen, während in der Krankenversicherung durchschnittlich jeder Versicherte einmal im Jahr erkrankt. Die stete Zunahme der Krankheitsziffern erklärt sich wohl in erster Linie aus der Industrialisierung, aus der Umsiedlung der Bevölke-

---

1) I. A. A.: Les problèmes généraux de l'assurance sociale. a. a. O. S. 9.

2) Manes: Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 195.

rung vom Lande in die Stadt und aus der „Vergreisung" der Bevölkerung [1]).

Bedenkt man die schnelle Entwicklung der Krankenversicherungssysteme in der ganzen Welt, die Zahl der Krankheitstage pro Jahr und die ungeheuren Summe, die jährlich von den Krankenversicherungen der einzelnen Länder als Leistungen aufgewendet werden, so kommt man zu der Überzeugung, das die Krankenversicherung der wichtigste Versicherungszweig der Sozialversicherung geworden ist [2]).

Hinsichtlich der Zahl der Versicherten stellt das Internationale Arbeitsamt fest, dass es ungefähr 90 Millionen Personen gibt, die von der obligatorischen Kranken- und Mutterschaftsversicherung in 31 Ländern der Welt erfasst wurden [3]). und nach den Schätzungen von Manes sind ungefähr drei Viertel aller Industriearbeiter der Welt gegen Krankheit versichert [4]).

Überblickt man die Krankenversicherungsgesetzgebungen der verschiedenen Länder, so zeigt es sich, dass der Kreis der Versicherten in den meisten Ländern sich aus dem Arbeitsvertrag ergibt, und dass die obligatorische Krankenversicherung im allgemeinen bestrebt ist, die gesamte Arbeiter- und Angestelltenschaft bis zu einem bestimmten Höchsteinkommen einzubeziehen [5]). Dies ist beispielsweise der Fall in Deutschland. Frankreich, Grossbritanien, Rumänien, den Niederlanden, Japan usw.

Neben den Arbeitern und Angestellten sind oftmals auch die kleinen selbständigen Gewerbetreibenden versi-

---

1) Manes: Versicherungswesen. III. Bd a. a. O. S. 234—235.

2) Ebenda. S. 232: „Die Krankenversicherung ist der Zweig der Sozialversicherung, der am schnellsten und intensivsten seinen Siegeszug um die Welt angetreten hat, insbesondere auch soweit es sich dabei um den Zwang zur Versicherung handelt."

3) I. A. A.: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales. a. a. O. S. 196.

4) Manes: Versicherungswesen. III Bd. a. a. O. S. 195. Auf S. 233 kommt er dann auf das Verhältnis zwischen den Krankenversicherten in den einzelnen Staaten zu der Gesamtbevölkerung und zu der lohnbeziehenden Bevölkerung zu sprechen. „In den einzelnen Staaten gehören etwa 4—38% der Gesamtbevölkerung und etwa 15—91% der lohnbeziehenden Bevölkerung zur Krankenversicherung."

5) I. A. A.: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales. a. a. O. S. 49.

chert. In einigen Ländern wie Rumänien sind sie sogar versicherungspflichtig, in anderen wie Deutschland können sie sich nur freiwillig versichern.

Auch für die landwirtschaftlichen Arbeiter ist im Laufe der Zeit in einigen Ländern die Krankenversicherung eingeführt worden, so beispielsweise in Deutschland, Frankreich, Österreich, der Tschechoslowakei, Italien, usw.[1]).

In der Krankenversicherung gibt es auch ein Beispiel für die Form der allgemeinen obligatorischen Volksversicherung in Dänemark. Diese Volksversicherung sieht zwar keine obligatorische Krankenversicherung im wörtlichen Sinne vor, aber in seinen praktischen Auswirkungen kommt das dänische Gesetz einer obligatorischen Volksversicherung gleich, weil alle dänischen Staatsangehörigen zwischen dem 21. und 60. Lebensjahr verpflichtet sind, entweder Mitglieder einer Krankenkasse, eines Krankenhilfsvereins oder einer Weiterversicherungskasse zu sein[2]).

Eine Krankenversicherung aller Erwerbstätigen gibt es in Portugal, und 4 schweizer Kantonen. Jedoch sind die Erwerbstätigen nur unter bestimmten Voraussetzungen versicherungspflichtig. So dürfen die Versicherten in Chile nicht älter als 65 Jahre sein und die Höchsteinkommensgrenze ist mit 8000 pesos festgesetzt[3]).

In diesem Zusammenhang ist ferner auf die beiden Übereinkommen über die Krankenversicherung des Internationalen Arbeitsamtes auf der 10. Tagung im Jahre 1927 hinzuweisen. Das eine Übereinkommen betrifft die obligatorische Krankenversicherung der Arbeitnehmer in Gewerbe und Handel und der Hausgehilfen, das andere Übereinkommen betrifft die obligatorische Krankenversicherung der Arbeitnehmer in der Landwirtschaft. Das erste Übereinkommen wurde von Deutschland (1928), Ungarn (1928), Luxemburg (1928), Österreich (1929), Ru-

1) I. A. A.: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales. a. a. O. S. 211—217.

2) I. A. A.: Internationales Jahrbuch der Sozialpolitik 1934—1935. Genf 1935. S. 244 und L'année sociale 1933. Genf 1934. S. 190.

3) I. A. A.: Les services sociaux en 1933. a. a. O. S. 230.

mänien (1929), Jugoslawien (1929), Littauen (1929), Columbien (1933), Uruguay (1933), Nikaragua (1934) u. a. ratifiziert. Das zweite Übereinkommen betreffend die landwirtschaftlichen Arbeiter dagegen wurde nur von einigen Ländern unterzeichnet, so beispielsweise von Deutschland, Luxemburg, der Tschechoslowakei, Österreich, Urugay, Columbien, Nikaragua [1]).

3. Die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung. Dieser Versicherungszweig der Sozialversicherung ist im allgemeinen in den einzelnen Ländern erst viel später eingeführt worden als die Unfall- und Krankenversicherung, weil zur Verwirklichung dieses Versicherungszweiges grosse Kapitalien benötigt werden, da die Hauptleistung in der Gewährung von Renten bestehen. Wenn sich dieser Versicherungszweig erst verhältnismässig spät durchsetzen konnte, so hat er doch eine bedeutende internationale Verbreitung gefunden. Nach den Angaben des Internationalen Arbeitsamtes gibt es eine obligatorische Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung in 30 Ländern der Welt mit über 100 Millionen Versicherten. Wenn man ausserdem schon die ab 1937 in den Vereinigten Staaten hinzukommenden Versicherungspflichtigen schon heute einrechnet, so kommt man auf eine Zahl von 125 Millionen Zwangsversicherten in der ganzen Welt.

Auch für diesen Versicherungszweig ist die Form des Versicherungszwanges grundlegend, ja man könnte sogar sagen, während der Versicherungszwang für die vorgenannten Versicherungszweige notwendig war, damit sie sich in der aufgezeigten Weise entwickeln konnten, ist er für die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung eine unumgängliche Voraussetzung. Dieser Versicherungszweig ist in so hohem Masse von dem Versicherungszwang abhängig, weil die zu seiner Durchführung benötigten umfangreichen finanziellen Mitteln auf keine andere Weise aufgebracht werden könnten. Diese Argumentation findet ihre

1) Nähere Angaben finden sich bei Grandjacques. Les tendances internationales de l'assurance sociale. Première édition du code international de l'assurance sociale. Paris 1930. S. 138 und 143; desgleichen in den Internationalen Jahrbüchern der Sozialpolitik des I. A. A., Jahrgang 1928 bis 1934—35.

Bestätigung in dem Gegenseitigkeitsprinzip beruhenden Selbsthilfeeinrichtungen der Versicherten [1]).

Wie schon der Name sagt, umfasst die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung drei Versicherungsfälle: Invalidität, Alter und Tod. Durch den Tod wird lediglich die Hinterbliebenenversicherung ausgelöst; nach dem Tode des Versicherten erhalten die hinterbliebenen Witwen und die Waisen, in einigen Ländern auch die Eltern, eine Rente. Dieser Sozialversicherungszweig wird oftmals als die soziale Rentenversicherung bezeichnet, weil seine Hauptleistung in der Gewährung von Renten besteht.

In den meisten Ländern werden durch die obligatorische Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung alle Arbeiter, Angestellten, Hausgehilfen und Hausgewerbetreibenden bis zu einer jährlichen Höchstverdienstgrenze erfasst. Beispielsweise in Deutschland, Frankreich, Italien, Rumänien, den Niederlanden und Belgien.

In einigen Ländern wird die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung in mehrere Versicherungszweige eingeteilt. Den Haupttyp vertritt Deutschland. Hier kennt man drei verschiedene Versicherungszweige, nämlich: die Invalidenversicherung für die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiter, die Angestelltenversicherung für die Angestellten und die Knappschaftsversicherung für die Arbeiter und Angestellten, die im Bergbau beschäftigt sind. Eine Höchsteinkommensgrenze gibt es in diesen Systemen für die Angestellten.

Auch die kleinen selbständigen Gewerbetreibenden wurden in einigen Ländern in den Versichertenkreis einbezogen, und zwar sind sie entweder versicherungspflichtig wie in Rumänien oder versicherungsberechtigt wie in Deutschland und anderen Ländern.

Die landwirtschaftlichen Arbeiter wurden in einigen Ländern ebenfalls der Versicherungspflicht unterstellt, so

1) Vergl. dazu die Ausführungen in dieser Arbeit auf S. 349.

in Deutschland, Frankreich, Oesterreich, Italien und den Niederlanden [1]).

Eine obligatorische Volksversicherung bei Invalidität, Alter und Tod gibt es in Schweden seit 1913 und in dem schweizerischen Kanton Glarus [2]). Diese Volksversicherung ist auch an gewisse Voraussetzungen gebunden, so in Schweden in Bezug auf die Altersgrenze, d. h. nur vom 16. bis 66. Lebensjahr.

Für die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung kommt auch die Form der Staatsbürgerversorgung in Betracht. Zwar liegt keine Sozialversicherung im engeren Sinne vor, aber auch hier besteht die Hauptleistung in der Gewährung von Renten, allerdings aus öffentlichen Mitteln und nicht aus Versichertenbeiträgen. Die Altersrenten werden nach Erreichung einer bestimmten Altersgrenze, meist nach dem 65. Lebensjahr, gezahlt. Manchmal wird auch eine Invaliditätsrente gewährt. Die Staatsbürgerversorgung ist genau wie die echte Sozialversicherung oft an viele Voraussetzungen gebunden, so beispielsweise die Staatsangehörigkeit, dauernder Aufenthalt und Höchsteinkommensgrenze. In Australien gewährt man frei Invaliditäts- und Altersrenten, in vielen einzelnen Staaten der Vereinigten Staaten von Nordamerika freie Altersrenten. In Grossbritanien gibt es eine Staatsbürgerversorgung für die Altersrenten, daneben aber auch eine obligatorische Alters- und Hinterbliebenenversicherung; in Dänemark gibt es ebenfalls die Form der Staatsbürgerversorgung für die Altersrenten, aber eine obligatorische Volksversicherung für den Fall der Invalidität [3]).

Das Internationale Arbeitsamt hat 6 Übereinkommen für die obligatorische Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung ausgearbeitet. Diese Übereinkommen legen die obligatorische Versicherung fest für die Gesamtheit der Arbeiter, Angestellten und Lehrlinge, die in Betrieben des Handels, des Gewerbes (der Industrie), der Landwirtschaft und in den freien

1) Vergl. I. A. A.: — L'organisation internationale du travail et les assurances sociales. — a. a. O. — S. 218—228.

2) I. A. A.: — Les problèmes généraux de l'assurance sociale 1925. a. a. O. S. 14.

3) I. A. A.: L'année sociale 1933. a. a. O. S. 190—191.

Berufen beschäftigt sind, und ebenso für die Hausgewerbetreibenden und Hausgehilfen. Allerdings sind jeweils eine ganze Reihe von Ausnahmen von den zu versichernden Personen zugelassen. So z. B. kommen in Betracht Höchsteinkommensgrenze und Altersgrenzen, Art der Beschäftigung, Art des Entgelts, usw.[1]).

4. Die Arbeitslosenversicherung. Die Arbeitslosenversicherung ist derjenige Sozialversicherungszweig, der zuletzt und geraume Zeit nach den anderen Versicherungszweigen eingeführt wurde. Vor dem Weltkrieg gab es eine obligatorische Arbeitslosenversicherung nur in England, und zwar dort siet 1911 zufolge des zweiten Teils des bekannten Gesetzes „National Insurance Act." Dank des seinerzeitigen persönlichen Einsatzes von Lloyd Georges hat England nicht nur schon zu einem relativ frühem Zeitpunkt in der Geschichte der Sozialversicherung, sondern England ist auch immer führend geblieben vor allen anderen Staaten auf dem Gebiete der Arbeitslosenversicherung.

Eine grössere Ausbreitung fand die Arbeitslosenversicherung erst nach dem Weltkrieg. Im Jahre 1933 zählt das Internationale Arbeitsamt rund 42 Millionen Personen, die gegen Arbeitslosigkeit versichert waren, teils in Form der obligatorischen, teils in Form der freiwilligen Arbeitslosenversicherung.

In 9 Ländern der Welt gab es eine obligatorische Arbeitslosenversicherung mit ungefähr 38.200.000 Versicherten. Diese Ländern sind Bulgarien, Deutschland, Grossbritanien und Irland (Nord-), Irland (der freie Staat), Italien, Oesterreich, Polen, Queensland (Australien) und die Schweiz (12 Kantone).

In weiteren 9 Ländern gab es eine freiwillige Arbeitslosenversicherung mit ungefähr 3½ Millionen Versicherten. Diese Länder sind: Belgien, Dänemark, Finland, Frankreich, die Niederlande, Norwegen, Spanien, die Schweiz (11 Kantone) und die Tschechoslowakei[2]).

Die obligatorische Arbeitslosenversicherung ist nicht so ver-

---

1) Nähere Angaben siehe in der Veröffentlichung des I. A. A., L'organisation internationale du travail et les assurances. a. a. O. S. 67-70.

2) I. A. A.: Assurance chômage et diverses formes d'assistence aux chômeurs. Genf 1933. S. 4—5.

breitet wie die anderen Sozialversicherungszweige, weil sie einerseits sehr kostspielig ist und andererseits die Staaten vielfach durch Fürsorge- und andere Massnahmen versuchen, die Arbeitslosigkeit zu bekämpfen. Man darf nämlich bei der Arbeitslosenversicherung nicht vergessen, dass die Arbeitslosigkeit keine individuelle Angelegenheit ist, sondern eine Massenerscheinung. Die Arbeitslosigkeit ist „eine Erscheinungsform der Konjunktur, regelmässig unabhängig vom Willen des einzelnen, ein Wirtschaftsunfall, ähnlich einem Betriebsunfall oder einer Berufskrankheit". [1]).

Da aber die Arbeitslosigkeit jeweils eine solche plötzliche und massenhafte Erscheinung zu sein pflegt, so nimmt die Arbeitslosenversicherung oft den Charakter einer Fürsorgeeinrichtung an wegen der ungeheueren Staatszuschüsse, die in solchen Krisenzeiten notwendig werden.

Die grossen Fonds, die für eine obligatorische Arbeitslosenversicherung im Ernstfall verfügbar sein müssten, bilden das hauptsächlichste Hindernis für ihre Einführung. Dessenungeachtet haben sich viele und bedeutende Autoren viel intensiver für die Einführung der Arbeitslosenversicherung eingesetzt als für die Einführung der anderen Sozialversicherungszweige [2]).

Der Versichertenkreis ist noch immer ein beschränkter. Eine Volksversicherung oder obligatorische Arbeitslosenversicherung aller Erwerbstätigen gibt es noch in keinem Lande. Im allgemein

---

1) Manes: Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 317—318.

2) Vergl. Manes: Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 318: „Aber es scheint doch, als ob das wissenschaftliche Schrifttum und durch dieses angeregt die Presse mehr als an der Einführung anderer Sozialversicherungszweige an der des letzten Zweiges mitgewirkt hat. Kann an dieser Stelle auch nicht eine Literaturgeschichte der Arbeitslosenversicherung gegeben werden, so dürfte es doch richtig sein, die wichtigsten Schriften hervorzuheben. Die Arbeitslosenversicherung auf gewerkschaftlicher Grundlage wurde gefordert von Brentano, Jastrow, Sombart, auf kommunaler Grundlage von Adler. Grösser ist die Zahl derer, die sie als staatlich angeordnete Versicherung begehrten, und zwar in Form eines Sparzwanges Schanz und Gruner, im Anschluss an die Krankenversicherung Tischendörfer, im Anschluss an die Unfallversicherung Herkner, im Anschluss an die Invalidenversicherung Molkenbuhr, als Einrichtung der Arbeitsnachweise Freund, Kumpmann und Imle. Für eine Übernahme des englischen Systems sprach sich Schmoller aus, schliesslich für eine Verbindung von gewerkschaftlicher und staatlicher Versicherung Oldenberg."

beschränkt sich die obligatorische Arbeitslosenversicherung auf die Arbeiter und die Angestellten bis zu einer bestimmten Höchstgrenze des Arbeitseinkommens. Diese Regelung gilt in England, Deutschland, Italien und Queensland. Meist sind die folgenden Personengruppen versicherungsfrei: die landwirtschaftlichen Arbeiter, die Hausgehilfen, die Hausgewerbetreibenden, die kleinen Selbständigen, die Angestellten, deren Jahreseinkommen über der festgelegten Höchstgrenze liegt, die in öffentlichen Betrieben Angestellten, usw. Manchmal werden auch bestimmte Mindest- und Höchstaltersgrenzen gesetzt [1]).

FÜNFTES KAPITEL.

DIE FINANZIERUNG DER MODERNEN SOZIALVERSICHERUNG.

§ 1. Finanzierungsgrundsätze: Selbsthilfe — Lastenverteilung.

In den Ausführungen des vorhergehenden Abschnittes wurde gelegentlich schon daruaf hingewiesen, dass die Sozialversicherung zur Verwirklichung ihrer Ziele grosser Kapitalien bedarf. Die Verwirklichung der Sozialversicherung ist in erster Linie davon abhänig, ob es im Einzelfall gelingt eine ausreichende materielle Basis für das Sozialversicherungswerk zu beschaffen.

Bei der Privatversicherung und den früheren freiwilligen Sozialversicherungseinrichtungen konnten diese Schwierigkeiten der Mittelbeschaffung nicht von so ausschlaggebender Bedeutung sein. Sie beruhten auf dem Prinzip der Selbsthilfe und Selbstverantwortlichkeit der Beteiligten. Die Mitglieder brachten die Mittel für die künftigen Leistungen zwar auf. Allerdings sind die beiden Grundgedanken der Selbsthilfe und Selbstverantwortlichkeit auch in der obligatorischen Sozialversicherung enthalten [2]). Aus ihnen

1) Hierzu siehe I. A. A.: Les problèmes généraux de l'assurance sociale. a. a. O. S. 18 und Les services sociaux en 1933. a. a. O. für den Umfang der Arbeitslosenversicherung in den verschiedenen daselbst aufgeführten Ländern.

2) Moldenhauer: Versicherungs- oder Versorgungsprinzip in der deutschen Sozialversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 22. 1922. S. 180.

kann aber für eine obligatorische Sozialversicherung keine ausreichende finanzielle Basis abgeleitet werden, denn die obligatorische Sozialversicherung ist in erster Linie für die ärmsten sozialen Schichten gedacht, deren Beiträge ihren Einkommensverhältnissen entsprechend nur sehr gering sein können, während sich gerade bei diesen Werktätigen die Leistungen nicht nach der Höhe der vorgeleisteten Beiträge richten dürfen, wie bei der freiwilligen Privatversicherung, denn sie bedürfen in ihrer Notlage der Hilfe in erhöhtem Masse. Das Ziel der obligatorischen Sozialversicherung ist daher auch nicht wie in der Privatversicherung eine den Beiträgen entsprechende Leistung, sondern vor allem die völlige Wiederherstellung der früheren Erwerbsfähigkeit des Versicherten. Aus diesem Grunde aber müssen die Sozialversicherungsleistungen grösser sein als die von den Versicherten aufgebrachten Beiträge, zumal bei den ärmeren Erwerbstätigen. In dieser Zielsetzung liegt andererseits auch die Überlegenheit der obligatorischen Sozialversicherung den anderen Sozialversicherungseinrichtungen gegenüber.

Aus der Zielsetzung der obligatorischen Sozialversicherung folgt die unmittelbare Notwendigkeit, neue zusätzliche Wege der Mittelbeschaffung neben den Beiträgen der Versicherten der Sozialversicherung zu erschliessen. Fragt man danach, wer zur Finanzierung der Sozialversicherung mit herangezogen werden könnte, so erhebt sich die Frage nach dem Kreise derjenigen, die in irgend einem Sinne die Nutzniesser der Leistungsfähigkeit der arbeitenden Massen sind. Dies aber sind die Arbeitgeber und der Staat. Es ist daher naheliegend und natürlich, diese drei Gruppen, nämlich die Versicherten, die Arbeitgeber und den Staat zu den Trägern der Finanzierung der obligatorischen Sozialversicherung zu machen. Diese Lastenverteilung ist zum Hauptcharakteristikum der modernen Sozialversicherung geworden, denn sie findet sich in den Sozialversicherungssystemen fast aller Länder.

Nach Manes gibt es an sich zwar sechs Möglichkeiten der Mittelbeschaffung:

1. Der versicherte Arbeitnehmer zahlt die gesamten Kosten.
2. Der Unternehmer zahlt die gesamten Kosten.
3. Ausser dem Versicherten trägt der Staat (oder die Gemeinde) einen Teil der Kosten.

4. Ausser dem Unternehmer trägt der Staat (oder die Gemeinde) einen Teil der Kosten.

5. Arbeitnehmer und Unternehmer tragen gemeinsam die Kosten.

6. Arbeitnehmer und Unternehmer tragen den wesentlichen Teil der Kosten, hinzu kommen Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln [1]).

Aber wie auch Manes selbst feststellt, kommt für die moderne obligatorische Sozialversicherung nur der sechste Fall in Frage, und manchmal der vierte Fall hinsichtlich der Unfallversicherung allein.

So wird der Weg der Lastenverteilung, den die moderne Sozialversicherung in den meisten Ländern eingeschlagen hat, auch von der Wissenschaft als der beste anerkannt.

§ 2. Finanzierungsträger: Versicherte, Arbeitgeber, Staat.

a) Die Arbeitnehmer (Versicherten) tragen in allen Versicherungszweigen der Sozialversicherung mit Ausnahme der Unfallversicherung, wo die Arbeitgeber wegen des neu entstandenen beruflichen Risikos alle Lasten allein übernehmen müssen, einen Teil der Lasten selber.

Die Beteiligung der Versicherten an der Aufbringung der für die Sozialversicherung notwendigen Mittel, mit Ausnahme der Unfallversicherung, findet sich in den Sozialversicherungseinrichtungen aller Länder bis auf Russland (U. d. S. S. R.). Hier müssen die ganzen Sozialversicherungsmittel von den Arbeitgebern allein aufgebracht werden.

In Bezug auf die Unfallversicherung liegen die Verhältnisse in Rumänien insofern anders, als dort infolge des einheitlichen Sozialversicherungsgesetzes von 1933 nur ein einziger Beitrag von den Arbeitnehmern (Versicherten) und ihren Arbeitge-

1) „Die siebente Möglichkeit der Mittelbeschaffung, nämlich allein durch den Staat (oder die Gemeinde), bleibt ausser Betracht, da bei ihrer Anwendung nicht mehr von Versicherung gesprochen werden kann, sondern höchstens von Staatsbürgerversorgung." Manes: Versicherungswesen. III. Bd., a. a. O. S. 238.

bern für alle Versicherungsfälle bezw. Versicherungszweige erhoben wird[1]). Dadurch tragen auch die Versicherten zwangsläufig zu den Unfallversicherungskosten bei. Allerdings enthält der Art. 48 des oben genannten Gesetzes die Auflage, dass alle Unternehmungen, die durchschnittlich mehr als 10 Personen beschäftigen, einen Zuschuss von 1,20% von der Gesamtsumme der gezahlten Löhne zusätzlich entrichten müssen. Dieser Sonderbeitrag wird zur Deckung der Unfallversicherungskosten erhoben. Bedenkt man andererseits, dass beispielsweise nach den Schätzungen von Manes[2]) die Unfallversicherungskosten in Deutschland nur etwa 1,20% der in den versicherten Betrieben umgesetzten Lohnsummen ausmachen, so lässt sich daraus schliessen, dass auch in Rumänien in Wirklichkeit die finanziellen Mittel für die Unfallversicherung mehr oder weniger ausschliesslich von den Unternehmern aufgebracht werden[3]).

Dass im übrigen die Versicherten selbst zur Aufbringung der Sozialversicherungsmittel herangezogen werden ist selbstverständlich, da sie doch in erster Linie die Nutzniesser dieser Sozialversicherungseinrichtungen sind[4]). Diese Beitragspflicht der Arbeitnehmer ist aber auch in ihrem eigenen Interesse notwendig, denn die obligatorische Sozialversicherung ist aus wohlerwogenen Gründen genau wie die freiwillige Privatversicherung auf den Grundsätzen der Selbsthilfe und Selbstverantwortlichkeit der Versicherten aufgebaut worden. Nur auf der Basis der Beitragsentrichtungen seitens der Versicherten selbst wird die obligatorische Sozialversicherung im wahren Sinne des Wortes zu einer Versicherungseinrichtung. Anderenfalls wäre sie eine Sozialfürsorgeeinrichtung,

---

1) Rumänien kennt allerdings keine Arbeitslosenversicherung, weil die Arbeitslosigkeit dort nur von geringer Bedeutung ist.

2) Manes: Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 241.

3) Ferner muss bei der Unfallversicherungsgesetzgebung einiger Länder, wie Deutschland, Rumänien, u. a., erwähnt werden, dass bei einem Betriebsunfall der Verletzte während der ersten 13 bezw. 26 Wochen nicht sofort aus der Unfallversicherung, sondern aus der Krankenversicherung unterstützt wird. Auf diese Weise trägt der Versicherte über seine Krankenversicherung auch zu seiner Unfallversicherung bei.

4) Auf die grossen Vorteile, die die Sozialversicherungseinrichtungen den Versicherten im einzelnen bieten, wird an anderer Stelle ausführlich einzugehen sein. Vgl. S. 345 ff. dieser Arbeit.

wie beispelsweise die Staatsbürgerversorgung, bei der die Leistungen aus öffentlichen Mitteln bestritten werden. Schliesslich können die Versicherten lediglich aus der eigenen Beitragsentrichtung echte Rechtsansprüche auf bestimmte Sozialversicherungsleistungen herleiten, nur aus dieser Beteiligung an den Lasten können sie die Vorstellung gewinnen, sich aus eigenen Mitteln für gewisse Notfälle des Lebens feste Rechtsansprüche geschaffen zu haben. Dies stärkt andererseits das Selbstbewusstsein und die Selbstachtung der Versicherten, während jede Sozialfürsorge und Armenpflege für den Unterstützten immer eine gewisse Entwürdigung oder auch Demütigung in sich schliesst, denn die Unterstützung wird im allgemeinen als Almosen gewährt, da die betreffende Person keine Gegenleistung dafür gegeben hat [1]).

Die obligatorische Beitragsentrichtung erzieht die Versicherten ausserdem in gewissem Sinne zur Sparsamkeit, da „der Mensch nur die Güter zu schätzen versteht, für die er eine Gegenleistung gegeben hat" [2]). Durch die Beitragspflicht der Versicherten wird in ihnen ein stärkeres Verantwortungsbewusstsein für ihre sozialen Einrichtungen geweckt und der Missbrauch dieser Einrichtungen weitgehend vermieden. Nicht selber beitragspflichtige Versicherte neigen viel eher dazu, entweder übertriebene Forderungen zu stellen oder gar die Sozialversicherungseinrichtungen zu missbrauchen. Dagegen aber werden beitragende Versicherte bestimmt geneigt, eine gewisse Kontrolle über die Ausgaben der Sozialversicherung durchzuführen [3]).

Schliesslich kann aber auch nur auf der Basis des Pflichtbewusstseins für eine Sozialversicherungseinrichtung, an deren Lasten der Versicherte beteiligt ist, die Berechtigung und die Not-

---

1) Vergl. I. A. A.: Les problèmes généraux de l'assurance sociale. a. a. O. S. 46—47.

2) Manes: Versicherungswesen, III. Bd. a. a. O. S. 239.

3) Vergl. auch Deutsche Sozialpolitik 1918—1928. Erinnerungsschrift des Reichsarbeitsministeriums. Berlin 1928. S. 190: „Die Missbräuche (Simulantentum und Rentenjagd) treten zurück, je mehr es gelingt, alle Beteiligten für die Krankenversicherung zu erziehen; sie werden schliesslich aufhören, wenn jeder in der Versicherung einen Familienbetrieb sieht, bei dem jeder spart und keiner sich einen Vorteil auf Kosten des anderen verschafft."

wendigkeit abgeleitet werden, dass die Versicherten an der Verwaltung der Sozialversicherung teilnehmen. Nur unter der Voraussetzung der Beteiligung an der Mittelbeschaffung erscheint diese von den Arbeitermassen so sehr gewünschte Beteiligung an der Verwaltung gerechtfertigt.

Es zeigt sich also, dass eine ganze Reihe von Gründen dafür sprechen, bei der Aufbringung der für die obligatorische Sozialversicherung erforderlichen Mittel die Versicherten selbst mit zu Trägern der Finanzierung zu machen.

b) Die Arbeitgeber tragen in allen Ländern der Welt, die Sozialversicherungseinrichtungen haben, zur Aufbringung der Mittel in allen Versicherungszweigen bei. Speziell bei der Unfallversicherung müssen sie in fast allen Lädern die gesamten Kosten allein aufbringen. Der Grund für diese einseitige Lastenverteilung wird aus dem Berufsrisiko abgeleitet. Der Unternehmer muss alle Betriebsunfälle entschädigen, weil er der Eigentümer des Betriebes ist, und jeder Betrieb ein gewisses berufliches Risiko in sich schliesst. Jeder Unternehmer sammelt um sich Arbeitskräfte und Maschinen, ordnet Arbeitsverrichtungen an und schafft dadurch einen Organismus — den Betrieb — dessen Kreislauf — Arbeitsablauf — viele Schäden verursachen kann. Zufolge des Grundsatzes des beruflichen Risikos muss der Unternehmer für alle diese Schäden, die innerhalb seines Betriebes den Arbeitern zustossen, aufkommen, obwohl die Schuld an den Betriebsunfällen möglicherweise nicht auf seiner Seite liegt[1]). Der Grundsatz des beruflichen Risikos findet sich z .Zt. in fast allen Unfallversicherungs- und Unfallentschädigungspflichtsystemen der Welt.

Dass die Arbeitgeber heute aber nicht nur an der Unfallversicherung, sondern auch an allen anderen Versicherungszweigen anteilspflichtig beteiligt sind, ist erst eine Erscheinung der Neuzeit. Anfangs waren die Arbeitgeber im allgemeinen keineswegs zu einer finanziellen Beteiligung an den Lasten der Kranken-, Invaliditäts- und Altersversicherung bereit. Sie gingen dabei von der Überzeugung aus, dass die Krankheit, Invalidität und das

1) Vergl. I. A. A.: Les problèmes généraux de l'assurance sociale, a. a. O. S. 31.

Alter der ganzen Menschheit innewohnende Gefahren seien und nicht erst durch die Beschäftigung in ihrem Betriebe ausgelöst würden. Mit der Zeit hat man aber nachgewiesen, dass ein ursächlicher Zusammenhang besteht zwischen der Art der Arbeitsverrichtung im modernen industriellen Produktionsprozess und einer relativ frühzeitig eintretenden Invalidität und eines vorzeitigen Altern der Arbeitermassen.

Hinsichtlich der Arbeitslosenversicherung waren de Arbeitgeber ursprünglich der Meinung, dass die Kosten dieses Versicherungszweiges ausschliesslich vom Staat, allenfalls vom Staat und den Arbeitnehmern zu tragen seien. Aber auch hier musste der Arbeitgeber mit der Zeit seine Auffassung ändern, da man nachweisen konnte, dass die Arbeitslosigkeit eine Folge des wirtschaftlichen Konjunkturablaufs ist. Die Vor- und Nachteile dieses wirtschaftlichen Auf und Ab könnten nicht einseitig in Vor- bezw. Nachteile aufgeteilt werden, zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Die innere Berechtigung für die Beteiligung der Arbeitgeber an der Aufbringung der erforderlichen Mittel in allen Sozialversicherungssystemen der Welt wird aus der sog. Theorie der Verantwortlichkeit der Unternehmungen abgeleitet. Nach dieser Theorie soll jede Unternehmung die Gesamtheit der Gefahren tragen, die sie betrifft [1]). Hinsichtlich des materiellen (toten) Kapitals gingen die Unternehmungen schon frühzeitig Versicherungen ein. Nach der obigen Theorie wird nun die Frage aufgeworfen, warum das lebendige Kapital, die menschliche Arbeitskraft, in diesen Unternehmungen nicht dem toten Kapital gleichgestellt wird. Die Lage vor der Beteiligung der Arbeitgeber an den Lasten der Sozialversicherung kennzeichnet G r i n d a mit folgenden Worten: „L'assurance a pénétré dans tous les domaines: incendie, risques maritimes, accidents, épizooties, pertes des récoltes, vol; tout est ainsi garantie contre des éventualités redoutables. Par une étrange anomalie, notre main d'oeuvre, le plus précieux, le plus indispen-

1) Vergl. I. A. A.: Les problèmes généraux de l'assurance sociale a. a. O. S. 30.

sable de nos capitaux, n'est pas assurée"[1]). Wenn die grossen Unternehmungen ihr materielles — totes — Kapital im allgemeinen gegen alle Zukunftswahrscheinlichkeiten versicherten, so musste die Forderung berechtigt sein, dass diese Unternehmungen erst recht dann das lebendige Kapital — ihre Arbeiter, die doch ihr wichtigstes und wertvollstes Kapital sind, versicherten. So verpflichtete die Theorie der Verantwortlichkeit der Unternehmungen, für die Arbeitermassen zu sorgen und sie gegen die wahrscheinlichen zukünftigen Gefahren zu versichern[2]). Mit Hilfe dieser Theorie wurde somit ein sehr wichtiger Grund für die Beteiligung der Arbeitgeber an den Lasten der Sozialversicherung in's Bewusstsein der Unternehmer gebracht. Die Arbeitgeberbeiträge wurden als ein Teil der Löhne angesehen, der zur Deckung der Kosten dienen sollte, die in Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit zur Erhaltung der Arbeitnehmer notwendig waren[3]).

Ferner hat man die Beteiligung der Arbeitgeber an den Lasten der Sozialversicherungseinrichtungen damit begründet, dass die Unternehmer ein materielles Interesse an der Schadensverhü-

---

1) Grinda: Rapport fait au nom de la commission d'assurance et de prévoyance sociale chargée d'examiner le projet de la loi sur les assurances sociales — Chambre des Députés, session de 1923. Paris 1923. S. 7.

2) Vergl. Moldenhauer: Die Stellung des Arbeitgebers in der deutschen Sozialversicherung. — Festgabe für A. Manes, Berlin 1927. S. 241: „Es ist der Gedanke, dass der Arbeitgeber die soziale Pflicht hat, für den Arbeitnehmer zu sorgen ... Sehr schön hat einmal Hitze diesen Gedanken in folgenden Worten formuliert: „Der Beitrag des Arbeitsgebers ist die schliessliche Ausgestaltung des alten guten patriarchalischen Gedankens, dass der Arbeiter, Dienstbote und Geselle, welcher seine Kräfte in treuer Hingabe für den Arbeitgeber aufgetrieben hat, auch darauf Anspruch habe, in seinem kranken und alten Tagen von ihm versorgt zu werden."

3) Ebenda. S. 242: „In der Wissenschaft zuerst und dann in der öffentlichen Meinung setzt sich aber stärker die Auffassung durch, dass der Arbeitgeberbeitrag nichts anderes als ein Teil des Lohnens ist, den der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer für die Verrichtung seiner Arbeit zahlt. Hatte schon Brentano darauf hingewiesen, so finden wir diesen Gedanken sehr scharf bei Conrad schon vor dem Weltkrieg ausgedrückt. Auch bei Ad. Wagner und van der Borght finden wir dieselben Anschauungen."

tung haben müssten. Wenn die Arbeitgeber finanziell zur Sozialversicherung herangezogen würden, würden sie im allgemeinen immer bemüht sein, die materiellen Schäden ihres Betriebes durch schadenverhütende Massnahmen möglichst zu vermindern[1]). Dieses Verhalten der Arbeitgeber aber ist für die Arbeitnehmer von noch viel grösserer Bedeutung als die Gewährung von Entschädigungen.

Schliesslich lassen sich zur Rechtfertigung der Beteiligung des Arbeitgebers an den Lasten der Sozialversicherungseinrichtungen eine Reihe unmittelbarer Vorteile für den Arbeitgeber aus der Sozialversicherung aufzeigen. Im einzelnen sollen diese Vorteile erst im 4. Abschnitt dieser Arbeit erörtert werden[2]). Vorläufig können die folgenden treffenden Worte Lloyd Georges angeführt werden: „His (the employer's) interest is the efficiency of his workmen, and there is no doubt at all that a great insurance scheme of this kind removes a great strain of pressing burden and anxiety from the shoulders of the working classes, and increases the efficiency of the workman enormously. A great German employer of labour says: „From the employer's standpoint these laws pay, since the efficiency of the workman is increased"[3]).

c) Der Staat: Während die Versicherten selbst und die Arbeitgeber in allen Sozialversicherungssystemen und in fast allen Versicherungszweigen der Sozialversicherung an der Aufbringung der Mittel beteiligt sind, trägt der Staat im allgemeinen viel seltener und in viel geringerem Umfang als die beiden anderen Gruppen zur Finanzierung bei. Während die Versicherten und

---

1) Vergl. I. A. A.: Les problèmes généraux de l'assurance sociale a. a. O. S. 53 und Manes, Versicherungswesen, III. Bd. a. a. O. S. 240: „Der Arbeitgeber muss durch Beteiligung an der Beitragszahlung ein materielles Interesse an der Schadenverhütung erhalten, er muss durch die Beitragsgestaltung zu fürchten haben, dass er bei einem starken anormalen Aufbrauch der Arbeitskräfte seines Betriebes einen materiellen Schaden in Gestalt von Beitragserhöhungen spüren wird... Durch die Beteiligung der Arbeitgeber, und zwar mit Beiträgen, die dem von ihnen verursachten Risiko entsprechen, wird also die Schadenverhütung gefordert und werden Arbeitskämpfe vermindert."

2) Siehe 4. Abschnitt. S. 332 ff. dieser Arbeit.

3) Lloyd George: The people's insurance. London 1911 (new edition). S. 10 und 196.

Arbeitgeber fast regelmässig in Form der Beitragszahlung an der Finanzierung beteiligt werden, übernimmt der Staat nur in seltenen Fällen eine Beitragszahlung. Im allgemeinen beschränkt der Staat seine finanzielle Hilfe auf Zuschüsse, Darlehen und ähnliche finanzielle Hilfsleistungen.

Eine Beitragszahlung des Staates in grösserem Ausmass findet sich nur bei der Arbeitslosenversicherung, so beispielsweise in Grossbritanien, Queensland und Bulgarien, wo die Beiträge je zu einem Drittel von den Versicherten, den Arbeitgebern und dem Staate entrichtet werden. Auch in Irland (der freie Staat) zahlt der Staat einen Beitrag zur Arbeitslosenversicherung; aber das Verhältnis der einzelnen Beitragsanteile ist ein anderes. Der Staat trägt weniger und der Arbeitgeber mehr als der Versicherte selbst [1]).

Eine Beitragszahlung seitens des Staates in den anderen Versicherungszweigen gibt es in Bulgarien und Chile. In Bulgarien übernehmen die Versicherten, die Arbeitgeber und der Staat je ein Drittel der Beiträge bei der Kranken-, Mutterschafts-, Invaliditäts- und Altersversicherung. In Chile dagegen ist das Beitragsverhältnis unter den drei Finanzierungsträgern nicht gleichmässig geregelt. Für die Kranken-, Invaliditäts- und Altersversicherung wird hier zusammen ein Beitrag in Höhe von 6% des Lohnes erhoben; von diesen 6% bringt der Arbeitgeber 3% auf, der Versicherte 2% und der Staat 1% [2]).

Die anderen Formen der Beteiligung des Staates an der Aufbringung der Sozialversicherungsmittel, d. h. durch Gewährung von Zuschüssen, Darlehen oder in ähnlicher Form sind viel häufiger.

In Deutschland gibt das Reich Zuschüsse zur Invaliden- und Krankenversicherung, und zwar gewährt das Reich hinsichtlich der Invalidenversicherung jährliche Grundbeträge für alle Renten. Diese betragen 72 RM für alle Invaliden-, Alters- und Witwenrenten und 36 RM für alle Waisenrenten. Dazu kommt noch ein jährlicher Reichsbeitrag von 200 Mill. RM [3]). Bei der

---

1) Hierzu vergl. I. A. A.: Les services sociaux en 1933. a. a. O. S. 488, für Irland. Daselbst auch Angaben für andere Länder.

2) I. A. A.: Les services sociaux en 1933. a. a. O. S. 171—172, 231.

3) Reichsversicherungsordnung § 1384.

Krankenversicherung gewährte das Deutsche Reich ursprünglich einen Reichszuschuss zur Familienwochenhilfe, der sich im Jahre 1929 auf 27,1 Mill. RM, 1930 auf etwa 21 Mill. RM und 1931 auf 2,7 Mill. RM belief [1]). Nach 1932 sind aber diese Zuschüsse zur Krankenversicherung in Fortfall gekommen.

In Frankreich gewährt der Staat nach dem Sozialversicherungsgesetz von 1928—1930 einen Zuschuss von 1.400 Millionen francs zur Kranken-, Mutterschafts-, Invaliditäts- und Altersversicherung [2]).

In Grossbritanien gibt der Staat Zuschüsse zur obligatorischen Kranken- und Witwen-, Waisen- und Altersversicherungen. Bei der Krankenversicherung übernimmt der Staat einen Teil der Leistungskosten und ausserdem die Kosten der zentralen Verwaltung. Bei der Witwen- Waisen- und Altersversicherung deckt der Staat diejenigen Kosten aller Renten, die von der Versicherung selbst nicht aufgebracht werden können.

In Rumänien gewährt der Staat einen festen jährlichen Zuschuss in Höhe von 80 Mill. Lei und trägt ausserdem die Gehaltskosten aller Sozialversicherungsbeamten [3]).

In Italien zahlt der Staat ebenfalls Zuschüsse zur Mutterschafts-, Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung. Desgleichen in Schweden, Belgien, den Niederlanden, Norwegen, Japan und vielen anderen Ländern. In Chile gibt es sogar eine Sondersteuer, die zugunsten der Sozialversicherung auferlegt wird [4]).

Eine weitere Form der Beteiligung des Staates an der Aufbringung der Mittel für die Sozialversicherung ist die der Darlehen, die besonders in der Arbeitslosenversicherung eine grosse Rolle spielt. Solche Darlehen an die Arbeitslosenversicherung wurden in grossem Umfang in Grossbritanien und auch in Deutschland gewährt. Im allgemeinen sind diese Darlehen nie zurückgezahlt worden.

---

1) Deutsche Wirtschaftskunde, Bearbeitet im Statistischen Reichsamt, 2. Aufl. Berlin 1933. S. 336.

2) Paul Pic: Traité de legislation industrielle. Paris 1933. S. 1027.

3) D. R. Ioanițescu: Curs de politica socială, a. a. O. S. 227.

4) I. A. A.: Les services sociaux en 1933. a. a. O. S. 231, für Chile; aber auch für die andere erwähnten Länder sind dort Angaben zu finden.

Schliesslich übernehmen oftmals die Staaten eine Garantie für die Zahlungsfähigkeit der Sozialversicherungsanstalten. Sie bürgen also für die stete Zahlungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger, d. h. letzten Endes für die Gewährung der Leistungen seitens der Sozialversicherungsträger.

Das nachfolgende Schema von H. Kerkisch gibt einen guten Überblick über die Art und Weise der finanziellen Beteiligung des Staates an der Aufbringung der Sozialversicherungsmittel:

„1. Subventions indépendantes des cotisations, des prestations et des frais d'administration:

a) versements globaux destinés en général à la constitution d'un capital de roulement;

b) versements périodiques, à date fixe ou non.

2. Participation aux cotisations et paiement de la totalité de leur montant pour les assurés appelés au service militaire.

3. Couverture d'une partie des prestations de l'assurance, soit que l'Etat prenne á sa charge une quotepart des prestations légales, soit qu'il accorde des subventions en vue de leur paiement:

a) participation financière de l'Etat á toutes les prestations;

b) contributions subordonnées au montant du revenu total du bénéficiaire;

c) contributions ayant pour objet de porter les indemnités insuffisantes à un minimum détérminé;

d) couverture d'une partie des dépenses exeptionelles nécessaires pendant la première période d'application de la loi.

4. Participation aux frais d'administration:

a) contribution aux frais d'administration de l'institution d'assurance;

b) responsabilité totale ou partielle du soin d'assurer cette administration.

5. L'Etat garantit les droits reconnus par la loi". [1]).

Die Rechtfertigung für die Beteiligung des Staates an der Aufbringung der Sozialversicherungsmittel ist in erster Linie darin zu sehen, dass die obligatorische Sozialversicherung durchaus

---

1) Korkisch: Les ressources financières de l'assurance sociale. I. A. A. Revue internationale du travail. Vol. X. Nr. 6. Dezember 1924. Genf. S. 969.

im Interesse des Staates selbst liegt, denn er hat grosse Vorteile von diesen Sozialversicherungseinrichtungen [1]). Der Staat hat aber auch eine moralische Verpflichtung seinen Staatsbürgern gegenüber.

Wirft man einen Blick zurück in die Geschichte, so wird man finden, dass der Staat sich zu allen Zeiten der moralischen Verpflichtung unterzogen hat, seinen Staatsbürgern ein bestimmtes Minimum an Wohlstand zu sichern. Dieser Gedanke findet sich sogar in der Zeit der „laisser-faire"-Politik [2]).

Im Laufe der Zeit hat sich der moderne Staat immer mehr und mehr um das Wohlergehen seiner Staatsbürger gekümmert und hat versucht, durch die Förderung der Sozialhygiene und durch eine bessere Einrichtung der Sozialfürsorge dieses Wohlergehen möglichst weitgehend zu sichern. Der einfachste und sicherste Weg zur Verwirklichung dieses Zieles aber ist für den Staat die Beteiligung an der Aufbringung der notwendigen Mittel, um ein Sozialversicherungssystem durchführen zu können. Die Sozialversicherung ist diejenige Einrichtung, die am sichersten die Volksgesundheit und die Sozialhygiene fördert. Grinda sagt daher: La collectivité est „directement intéressée au développement des assurances sociales: cette réforme et avant tout une oeuvre d'hygiène et de santé publique, elle préserve la race, elle en développe la viguer, elle en ménage les forces". [3]). Daher erscheint es gerechtfertigt, dass der Staat einen Teil der Lasten der Sozialversicherung trägt [4]), denn durch die Einrichtung der Sozialversicherung wird der Staat von sehr erheblichen Ausgaben entlastet, die es sonst für die Sozialfürsorge, Sozialhygiene, Volksgesundheit, Armenpflege, usw. hätte aufbringen müssen.

Schlieslich ist es der Staat gewesen, der die unteren und dementsprechend ärmeren sozialen Schichten dem Versicherungszwang unterstellte. Daher ist es auch seine Aufgabe, sich an der Verwirklichung der Sozialversicherung zu beteiligen durch die

---

1) Siehe auch die Ausführungen zu dieser Frage auf S. 336 ff. dieser Arbeit.

2) I. A. A.: Les problèmes généraux de l'assurance sociale. a. a. O. S. 55.

3) Grinda: a. a. O. S. 3.

4) Vergl. auch H. Korkisch: a. a. O. S. 966—969.

Bereitstellung der fehlenden Mittel, die eben diese ärmeren versicherungspflichtigen Arbeitnehmer nicht selbst mit ihren kleinen Beiträgen aufbringen können, und die auch den Arbeitgebern nicht in so grossem Umfang aufgebürdet werden können.

Man kann daher dem Internationalen Arbeitsamt voll zustimmen, dass die Beteiligung des Staates an der Finanzierung der Sozialversicherung nicht nur eine moralische Pflicht, sondern auch eine praktische Notwendigkeit sei [1]).

§ 3. Finanzierungstechnik:

1. Deckungssysteme: Umlageverfahren, Kapitaldeckungsverfahren.

Für die Aufbringung der notwendigen Mittel einer Versicherungseinrichtung kommen jeweils bestimmte Deckungs- d. h. Finanzierungssysteme in Betracht. In der Sozialversicherung sind zwei Arten von Deckungssystemen zur allgemeinen Anwendung gekommen:

1. Das Umlage- oder Ausgabendeckungsverfahren und
2. das Kapitaldeckungs- oder Prämiendurchschnittsverfahren [2]).

---

1) I. A. A.: Les problèmes généraux de l'assurance sociale. a. a. O. S. 57.

2) Genau genommen gibt es drei Deckungs- oder Finanzierungssysteme zur Aufbringung der Mittel des Gesamtbedarfs irgendeines Versicherungsbetriebes und zwar: „Das System der Ausgabedeckung oder Umlageverfahren, das System der Verbindlichkeitsdeckung oder Kapitaldeckungsverfahren (im engeren Sinne) und das System der Anwartschaftsdeckung oder Prämienverfahren." Manes, Versicherungswesen, I. Bd. Allgemeine Versicherungslehre. 3. Aufl., Leipzig und Berlin 1930. S. 243. — Aber wie Manes selbst feststellt, werden „die zwei letztgenannten Systeme zuweilen zusammen als Kapitaldeckungsverfahren — im weiteren Sinne — dem ersten System gegenübergestellt." (Ebenda). Sodass man in der Sozialversicherung im allgemeinen nur von zwei Deckungssysteme sprechen kann: das Umlageverfahren und das Kapitaldeckungsverfahren, oder nach dem französischen Bezeichnungen: „système de repartition" und „système de capitalisation."

Hinsichtlich der Deckungssysteme in der Sozialversicherung siehe auch Dobbernack W.: Die Rettung der Rentenversicherung. Stuttgart-Berlin 1934. S. 5 6. Nach Dobbernack gibt es auch drei Arten der Deckungs- oder Finanzverfahren, und zwar:

1. das Umlage- oder Aufwanddeckungsverfahren,
2. das Kapitaldeckungsverfahren und
3. das Prämiendurchschnitts- oder Anwartschaftsdeckungsverfahren.

Infolge der verschiedenen Deckungssysteme werden die zur Gewährung der vorgesehenen Leistungen erforderlichen Mittel auf die eine oder andere Art beschafft.

1. Beim Umlageverfahren werden „die Ausgaben eines Jahres durch die Beiträge des Jahres aufgebracht“ [1]). Die Eigenart dieses Systemes besteht darin, dass die Ausgaben eines bestimmten Zeitraumes — gewöhnlich ein Jahr — auf die Beitragspflichtigen umgelegt werden, und zwar in der Form der Beiträge, die am Ende der Rechnungsperiode entrichtet sein müssen.

Das Umlageverfahren wird allgemein bei jenen Sozialversicherungszweigen angewendet, die kurzfristige Risiken enthalten, wie die Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung. In den meisten Ländern werden auch bei der Unfallversicherung die Beiträge im Wege des Umlageverfahrens erhoben.

2. Das Kapitaldeckungs- oder Prämiendurchschnittsverfahren beruht auf der unmittelbaren Deckung aller künftigen Ausgaben, die aus den Versicherungsfällen eines bestimmten Zeitabschnittes verursacht werden. „Es werden hier nicht nur alle bereits entstandenen Ansprüche, sondern auch die erwartungsmässigen Anwartschaften aller Versicherten berechnet und durch einmalige oder wiederkehrende Beiträge im voraus gedeckt“ [2]).

Die Eigenart dieses Systems besteht also nicht in der Umlage der Ausgaben eines bestimmten Zeitraumes, wie beim Umlageverfahren, sondern in der Ansammlung von Geldbeträgen”, welche mit Zinsen und Zinseszinsen benötigt werden, um jede in der betref-

---

1) Moldenhauer: Art. Sozialversicherung. HdSt., 4. Auflage, Jena 1929. Ergänzungsband. S. 835.

Diesbezüglich siehe auch Dobbernack W., a. a. O. S. 5: „Die Versicherungsbeiträge werden nach diesem Verfahren (Umlagedeckungsverfahren) so bemessen, dass für die Ausgaben eines bestimmten, kurzfristigen Zeitabschnittes ausreichende Deckung vorhanden ist.”

2) Manes: Versicherungswesen. I. Bd. a. a. O. S. 246.

fenden Periode neu zur Entstehung gelangte Rente bis zu ihrem Ende (Tod des Rentenberechtigten, usw.) zu zahlen [1]).

Das Kapitaldeckungsverfahren kommt eigentlich nur für die Sozialversicherungszweige mit langfristigen Risiken in Frage, beispielsweise die Rentenversicherungen, weil nur in diesen Fällen bestimmte zukünftige Ausgaben (Renten) erwachsen können.

Der besondere Vorzug des Kapitaldeckungsverfahrens vor dem Umlageverfahren ist darin zu sehen, dass bei dem ersteren Verfahren die geschätzten zukünftigen Ausgaben bereits durch die gegenwärtigen Beiträge gedeckt werden [2]). Dieses Verfahren ist insofern gerechter, als es den künftigen Generationen von Versicherten nicht die Deckung von Lasten aufbürdet, die aus gegenwärtig eingetretenen Versicherungsfällen künftig wahrscheinlich fällig werden, sondern alle wahrscheinlichen künftigen Lasten und Ansprüche durch gegenwärtige Beiträge deckt. Beim Umlageverfahren werden dagegen nur die Ausgaben eines bestimmten Zeitraumes jeweils gedeckt, ohne Berücksichtigung der in diesem Zeitraum verursachten künftigen Ausgaben.

Ein weiterer Vorteil des Kapitaldeckungsverfahrens liegt in der gleich bleibenden Höhe der Beiträge, während beim Umlageverfahren die Beiträge von Jahr zu Jahr sehr erheblich schwanken können. Dieser Vorzug des Kapitaldeckungsverfahren zeigt sich besonders in Zeiten der Wirtschaftskrisen, in denen die Zahl der Versicherten

---

1) Ebenda; — wie schon auf der vorigen Seite erwähnt umfasst der Begriff „Kapitaldeckungsverfahren" im weitern Sinne zwei Deckungssysteme, nämlich: das Kapitaldeckungsverfahren im engeren Sinne und das Anwartschafts- oder Prämiendeckungsverfahren. Um diese beiden Systeme zu unterscheiden, kann man auf die Ausführungen von Dobbernack verweisen: Bei dem Kapitaldeckungsverfahren werden die Versicherungsbeiträge so bemessen, dass sie die Kapitalwerte aller Renten decken, die in einem bestimmten Zeitabschnitt bewilligt werden." (Dobbernack. a. a. O. S. 3).

Dagegen werden bei dem Anwartschaftsdeckungsverfahren „die Versicherungsbeiträge so festgesetzt, dass sämtliche künftigen Versicherungsleistungen gedeckt sind. Dieses Verfahren berücksichtigt nicht nur die Ansprüche derjenigen, die bereits Renten beziehen, sondern trifft auch Vorsorge für die Anwartschaften der Aktiven." (a. a. O. S. 4).

2) Über die Vor- und Nachteile beider Verfahren siehe auch D. R. Ioaniţescu: Renaşterea Meseriilor, Bucureşti, 1931. S. 295—296.

zurückzugehen pflegt und die Löhne absinken. Eine Erhöhung der Beiträge belastet die Versicherten dann sehr empfindlich [1]).

Andererseits hat auch das Umlageverfahren gewisse Vorteile gegenüber dem Kapitaldeckungsverfahren. Es brauchen nicht so grosse Deckungsfonds angesammelt zu werden. Die Wirtschaft pflegt daher durch das Umlageverfahren weniger belastet zu werden, weil die für das Kapitaldeckungsverfahren benötigten Fonds gewöhnlich der produktiven Anlage in der Wirtschaft entzogen werden. Ferner ist die technische Abwicklung des Umlageverfahrens viel klarer und einfacher als bei der anderen Verfahrensweise, sodass auch die Verwaltungskosten niedriger gehalten werden können [2]).

Der besondere Vorzug des Umlageverfahrens vor dem Dekkungsverfahren aber wird darin gesehen, dass anfangs stets kleinere Beiträge gefordert werden als beim Kapital-Deckungsverfahren. Aus diesem Grunde haben die meisten Länder der Welt bei der Einrichtung fast aller Versicherungszweige das Umlageverfahren gewählt. Leider bleibt es nicht bei diesen niedrigen Beiträgen, später werden dieselben immer höher. Beim Kapitaldekkungsverfahren dagegen liegen zwar die Beiträge von Anfang an höher, aber sie bleiben fast immer auf der gleichen Höhe.

Die grossen jährlichen Schwankungen der Beiträge beim Umlageverfahren können andererseits vermieden werden, durch die Bildung eines Reservefonds. Dieses System findet sich häufig in der Unfallversicherung, beispielsweise in Deutschland [3]).

---

1) Manes: Versicherungswesen. I. Bd. a. a. O. S. 244—245: „Der Nachteil des Umlagesystems zeigt sich sehr intensiv gerade in der Sozialversicherung, wenn man die Höhe der Beiträge im Zusammenhang mit dem Anwachsen der Zahl der Versicherten und der Entwicklung der Löhne betrachtet. Mit dem Steigen der Zahl der Versicherungspflichtigen und mit der Zunahme der Löhne, d. h. also bei günstig werdender Konjunktur, sinkt die Höhe der Umlage, bei Verschlechterung der Konjunktur aber, die sich in einem Rückgang der Zahl der Versicherten oder in einem Sinken der Löhne oder in beiden Momenten zusammen ankündigt, steigt die Höhe der Umlage um so plötzlicher und schneller.

2) Siehe auch D. R. Ioanițescu: Renașterea Meseriilor. a. a. O. S. 296.

3) Moldenhauer: HdSt., a. a. O. S. 835.

Überprüft man die Anwendungsgebiete beider Deckungssysteme in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen der einzelnen Länder, so zeigt es sich, dass die bedeutendsten Länder, so Deutschland und Frankreich, für die Sozialversicherungszweige mit kurzfristigen Risiken das Umlageverfahren und bei den Versicherungszweigen mit langfristigen Risiken das Deckungsverfahren gewählt haben.

2. Berechnung, Verteilung und Erhebung der Sozialversicherungsbeiträge.

Welche Bedeutung die Beiträge für die Finanzierung der Leistungen in der Sozialversicherung haben, ergibt sich daraus, dass der grösste Teil der finanziellen Mittel in der Sozialversicherung aus den Beiträgen stammt. Daher ist die Berechnung, Verteilung und Erhebungsweise in der Sozialversicherung auch von so grosser Wichtigkeit.

In der freiwilligen Privatversicherung werden die Beiträge — Prämien — im allgemeinen im Verhältnis zum Risiko berechnet. Zwar macht es gewisse Schwierigkeiten, dass Risiko einigermassen genau zu schätzen, immerhin ist bei der freiwilligen Privatversicherung die Prämie eine Funktion des Risikos: die Prämie ist grösser oder kleiner je nach der Art des entsprechenden Risikos.

In der obligatorischen Sozialversicherung spielt das Risiko zwar auch eine grosse Rolle bei der Festsetzung der Beitragshöhe. Darüber hinaus aber sind die Beiträge in den meisten Ländern und den meisten Sozialversicherungssystemen kraft Gesetzes oder der Satzungen der Sozialversicherungsanstalten im vorhinein festgesetzt, und zwar entweder a) in Prozentsätzen der Löhne oder b) als bestimmte feste Summen.

a) In Prozentsätzen der Löhne werden die Beiträge beispielsweise in Deutschland, Frankreich, Rumänien, Belgien, den Niederlanden, Chile und in Italien in den meisten Versicherungszweigen berechnet[1]).

1) I. A. A.: Les services sociaux en 1933. Genf 1936. Siehe dort die entsprechenden Angaben bei der Darstellung der Lage in den einzelnen Ländern.

Nach Manes[1]) betrugen in Deutschland die Beiträge aller Sozialversicherungszweige im Durchschnitt des Jahres 1914 nicht ganz 8, hingegen im Jahre 1913 mindestens 20% der Löhne. „Nach Zweigen geschieden erhebt im Durchschnitt die Krankenversicherung 6,3, die Arbeitslosenversicherung 6,5% des Grundlohnes, die Invalidenversicherung 5, die Angestelltenversicherung 4 % des Endbetrages der verschiedenen Lohn- und Gehaltsklassen, die gewerbliche Unfallversicherung 1,2% der in den versicherten Betrieben umgesetzten Lohnsummen." [1]).

In Frankreich wurden die Beiträge durch das Sozialversicherungsgesetz von 1928—1930 auf 8% der Grundlöhne festgesetzt, und werden von den Versicherten und ihren Arbeitgebern zu gleichen Teilen aufgebracht[2]).

In Rumänien dürfen die Beiträge kraft des Einheitsgesetzes von 1933 höchstens 6% der Grundlöhne ausmachen; sie werden auch hier zu gleichen Teilen von den Versicherten und ihren Arbeitgebern getragen[3]).

Sofern die Beiträge in Prozentsätzen der Löhne fesgesetzt werden sollen, werden als Bemessungsgrundlage die Grundlöhne genommen. Diese Grundlöhne werden ihrerseits auf zweifache Weise ermittelt:

1. kann der wirkliche Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten als Grundlohn genommen werden;

2. kann man bestimmte Lohnstufen oder Lohnklassen festsetzen, in denen für jede Klasse der Grundlohn als Durchschnittslohn zwischen dem höchsten und niedrigsten Satz der betreffenden Lohnstufe berechnet wird.

Jede Berechnungsart hat ihre Vorteile und Nachteile. Bei der Bemessung nach dem effektiven Arbeitsverdienst ist die Berechnung der Beitragshöhe verhältnismässig einfach. Dagegen ergeben sich bei dieser Berechnungsmethode grosse Schwierigkeiten für die Sozialversicherungsträger bei der Festsetzung der Höhe der Geldleistungen der Sozialversicherung, weil die Leistungen meist

1) Manes: Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 241.

2) Paul Pic: Traité élémentaire de legislation industrielle. Paris 1933. S. 1034.

3) D. R. Ioanițescu: Curs de politică socială. a. a. O. S. 227.

im Verhältnis der Höhe der Grundlöhne berechnet werden. Es müssen bei dieser Berechnungsart für die Festsetzung der Geldleistungen ebensoviele Berechnungsgrundlagen geschaffen werden, als es verschiedene Lohnhöhen gibt.

Die Bemessung der Beitragshöhe nach Grundlöhnen oder Durchschnittslöhnen der einzelnen Lohnklassen hat den grossen Vorzug der Stetigkeit. Bei dieser Berechnungsart können die Sozialversicherungsträger sowohl für die Beiträge als auch für die Geldleistungen feste Sätze bestimmen. Der Nachteil dieser Berechnungsart liegt darin, dass die Berechnung der Beiträge umständlicher und dementsprechend zeitraubender ist als die vorgenannte Methode.

Die Vorteile der zweiten Berechnungsart sind aber so durchschlagend, sodass sie die meisten Länder eingeführt haben. Beispielsweise gibt es in Deutschland bei den Rentenversicherungszweigen, 10 Lohn- bezw. Beitragsklassen. Dagegen in der Arbeitslosenversicherung gibt es 11 Klassen[1]).

Frankreich und Rumänien haben nur 5 Lohnklassen. Eine Berechnung nach Lohnklassen findet sich ferner in Belgien, Bulgarien, Italien und anderen Ländern.

Ferner muss besonders hervorgehoben werden, dass in den meisten Sozialversicherungsgesetzgebungen unter dem Begriff „Lohn" oder „Grundlohn" nicht nur die Geldbezüge, sondern auch die Sach- und ähnliche Bezüge eingerechnet werden. Daher heisst es in der deutschen Reichsversicherungsordnung (R. V. O.) nicht „Lohn" oder „Gehalt", sondern Entgelt der Versicherten. Die deutsche Sozialversicherung spricht mit gutem Grunde nicht vom Lohn der Arbeiter und Gehalt der Angestellten, sondern von ihrem Entgelt. Jede Art des Aufwandes des Arbeitgebers für den Arbeitnehmer soll bei der Beitragsbemmessung mit ausgeschöpft werden, also auch Gewinnanteile, Provisionen, Sachbezüge, z. B. Kost und Wohnung der Hausgehilfen, Deputate der Landarbeiter, und andere Leistungen von Vermögenswert, die der Arbeitgeber oder ein Drittel gewohnheits- oder rechtsmässig für die Arbeitskraft aufwendet. Sie alle zusammen bilden die Wertschätzung der

1) Manes, — Versicherungswesen. III. Bd., a. a. O. S. 328.

Arbeitskraft durch den Arbeitgeber und damit auch die Grundlage für die kollektive Wertabschreibung durch die Sozialversicherung" [1]).

b) Als feste Summen werden die Sozialversicherungsbeiträge hauptsächlich in Grossbritanien, in Schweden, in Italien (hinsichtlich der Mutterschafts- und Tuberkulosenversicherung), und in anderen Ländern berechnet [2]).

In Grossbritanien sind in der obligatorischen Krankenversicherung die wöchentlichen Beiträge der männlichen Versicherten auf 9 d., die der weiblichen Versicherten auf 8½ d. festgesetzt. Der Beitrag der männlichen Versicherten wird je zur Hälfte vom Versicherten und Arbeitgeber aufgebracht. Bei den Frauen würde der Beitrag auf 8½ d. festgesetzt, weil sie ½ d. weniger zahlen sollten als ihre Arbeitgeber. Bei der Witwen-, Waisen und Altersversicherung betragen die wochentlichen Beiträge der Männer ebenfalls 9 d., die der weiblichen Versicherten aber nur 4½ d. Die Frauen zahlen auch hier ½ d. weniger als der Arbeitgeber [3]).

In der obligatorischen Arbeitslosenversicherung gibt es ebenfalls bestimmte feste Summen als Beiträge. Aber das englische System sieht hierbei 6 Gruppen vor, entsprechend dem Alter der Versicherten, und zwar je 3 Gruppen für die männlichen und weiblichen Versicherten. Diesen sechs Gruppen entsprechen verschiedene Beitragssätze, die jeweils zu einem Drittel von dem Versicherten, dem Arbeitgeber und dem Staat aufzubringen sind. Beispielsweise umfasst die oberste Klasse die männlichen Versicherten zwischen dem 21. und 65. Lebensjahr. In dieser Klasse beträgt der Beitragsanteil eines jeden der drei Finanzierungsträger 10 d. wöchentlich [4]).

In Schweden müssen alle versicherten Personen mindestens 3 Kronen jährlich bezahlen. Für diejenigen Einkommen, die die jährliche Höchstgrenzen von 600 Kronen überschreiten, müssen zusätzliche Beiträge entrichtet werden [5]).

---

1) Manes: Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 244.
2) I. A. A.: Les services sociaux en 1933. a. a. O.
3) I. A. A.: Les services sociaux en 1933. a. a. O. S. 419—424.
4) Ebenda. S. 425.
5) Ebenda. S. 657.

Die Verteilung der Sozialversicherungsbeiträge. Wie schon an anderer Stelle ausgeführt [1]), bringen in fast allen Ländern der Welt die Arbeitgeber allein die Beiträge für die Unfallversicherung auf. In den anderen Sozialversicherungszweigen setzt sich in zunehmendem Masse der Grundsatz durch, dass die Versicherten und ihre Arbeitgeber je die Hälfte der Beiträge zahlen. Eine völlig abweichende Regelung hat Sowjet Russland (U. d. S. S. R.), wo die Unternehmungen die gesamten Beiträge aller Sozialversicherungszweige allein aufbringen müssen.

Eine Halbierung in der Verteilung der Beiträge zwischen Versicherten und Arbeitgebern hat Deutschland für alle Sozialversicherungszweige nach dem Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934; Frankreich, Rumänien, Grossbritanien für die Krankenversicherung und die Witwen-, Waisen- und Altersversicherung [2]); Italien in der Kranken-, Tuberkulose-, Arbeitslosen- und Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung; Belgien für die obligatorische Alters- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiter; Irland (der freie Staat) für die Krankenversicherung [3]); Japan, die Niederlande in der Kranken- und Mutterschaftsversicherung; desgleichen verschiedene andere Länder [4]).

Eine andere aber viel weniger gebräuchliche Art der Verteilung der Beitragspflicht ist diejenige, bei der die Versicherten, die Arbeitgeber und der Staat je ein Drittel des Beitrages zu übernehmen haben. Diese Verteilungsart gilt in Bulgarien für alle Sozialversicherungszweige. Eine grössere Bedeutung hat dieses Verteilungssystem in der obligatorischen Arbeitslosenversicherung gefunden, so in Grossbritanien, Queensland und eben Bulgarien.

Eine Dreiteilung der Beiträge hat auch Chile in der Kranken-, Invaliditäts- und Altersversicherung, aber die drei Anteile sind nicht

1) Vergl. die Ausführungen in dieser Arbeit. S. 102.

2) Die Verteilung der Beiträge zu gleichen Teilen zwischen Versicherte und Arbeitgeber gilt aber in Grossbritanien nur für die männlichen Versicherten, während die weiblichen Versicherten ½ d. weniger zahlen als ihre Arbeitgeber.

3) In Irland wie auch in Grossbritanien zahlen zwar die versicherten männlichen Arbeiter die Hälfte der Beiträge und ihre Arbeitgeber die andere Hälfte, die weiblichen Versicherten aber zahlen weniger als ihre Arbeitgeber.

4) Vergl. dazu die Besprechungen der verschiedenen Länder in der Veröffentlichung des I. A. A., Les services sociaux en 1933. a. a. O.

mehr gleich hoch. Von dem 6prozentigen Beitrag trägt der Arbeitgeber 3%, der Versicherte 2% und der Staat 1%. Irland hat ebenfalls eine ungleichmässige Dreiteilung der Beiträge [1]).

Bei den Lehrlingen, die kein Entgelt bekommen, pflegen in fast allen Ländern die Arbeitgeber die gesamten Beiträge zu zahlen. Soweit dagegen Hausgewerbetreibende, Handwerker und kleine selbständige Gewerbetreibende versicherungspflichtig sind, müssen sie den gesamten Beitrag allein entrichten: das gilt auch für sämtliche freiwillig Versicherte.

Für die Erhebung der Sozialversicherungsbeiträge haben sich allmählich zwei Verfahrensweisen herausgebildet:

a) Das Markenverfahren und

b) das Abziehen der Beiträge nach den Listen der gesamten Löhne.

a) Bei dem Markenverfahren werden die Beiträge in Form von Marken entrichtet, die in die hierfür vorgesehenen Quittungskarten eingeklebt werden müssen. Infolgedessen wird dieses Verfahren oftmals auch als Klebeverfahren bezeichnet.

Die Marken werden gewöhnlich für das ganze Staatsgebiet einheitlich gestaltet und enthalten die Bezeichnung der entsprechenden Lohnklasse und des Geldwertes. Die Marken können entweder wöchentliche oder monatliche Marken sein, und zwar entsprechend den Beiträgen [2]).

Die Quittungskarten werden im allgemeinen für ein oder mehrere Jahre ausgestellt und enthalten meist Jahr und Tag der Ausstellung, Name, Beruf, Geburtstag und Wohnort des Versicherten. Die Marken werden in diesen Quittungskarten zu bestimmten Zeiten eingeklebt.

Das Markenverfahren hat grosse Anwendung gefunden, besonders in der Rentenversicherung und dann auch mit Rücksicht auf die kleinen Betriebe. In Deutschland wird das Markenverfahren in der Invaliden- und Angestelltenversicherung angewendet.

In Rumänien ist das Markenverfahren nur für die kleinen

1) I. A. A.: Les services sociaux en 1933. a. a. O.

2) E. Trode: Sozialversicherungslehre. Stuttgart 1934. S. 268—269.

Betriebe eingeführt worden, die weniger als 10 Arbeitnehmer beschäftigen .

Frankreich und verschiedene andere Länder haben ebenfalls das Markenverfahren.

b) Das zweite Verfahren besteht in dem Abziehen der Sozialversicherungsbeiträge nach den Listen der gesamten Löhne. Demzufolge müssen die Unternehmungen nach jedem Zahltag oder doch mindestens einmal im Monat eine Liste der beschäftigten Versicherten und der Lohnsummen den Versicherungsanstalten einreichen. Nach diesen Listen errechnet die Versicherungsanstalt an Hand der prozentualen Beiträge die gesamte Beitragssumme der betreffenden Unternehmung [1]).

Dieses Verfahren ist in erster Linie für die grossen Unternehmungen gedacht, für die es viel leichter ist, einen Gesamtbetrag an Hand der Lohnlisten abzuziehen als für jeden versicherten Arbeitnehmer wöchentlich oder monatlich Marken in Karten zu kleben.

Dieses Verfahren gibt weniger Spielraum für Missbräuche als das Markenverfahren. Es ist in Rumänien, Frankreich und anderen Ländern zu finden.

In Rumänien bestimmt Art. 44 des Einheitsgesetzes von 1933 sogar, dass die Beiträge in einer dieser beiden Formen zu erheben sind, und zwar in Betrieben mit weniger als 10 Beschäftigten im Markenverfahren und bei den anderen Unternehmungen durch Abzug von den Lohnsummen.

In den meisten obligatorischen Sozialversicherungssystemen sind die Arbeitgeber bei beiden Verfahrensweisen zur Erhebung der Beiträge von ihren versicherungspflichtigen Arbeitnehmern verpflichtet. Sie müssen an den betreffenden Lohnzahltagen die entsprechenden Beiträge von den Löhnen ihrer versicherungspflichtigen Arbeitnehmern in Abzug bringen und an die Versicherungsanstalten abführen. Desgleichen haben die Arbeitgeber jeden Ein- und Austritt von versicherungspflichtigen Arbeitnehmern ihres Betriebes binnen einer festgesetzten Frist der zuständigen Sozialversicherungsanstalt anzuzeigen.

---

1) Korkisch: a. a. O. S. 988—989.

Da die Arbeitgeber all diese Funktionen für die Versicherungsanstalten unentgeltlich ausüben müssen, so bedeutet diese Erhebungsweise der Beiträge eine wesentliche Entlastung der Kosten des Verwaltungsapparates der Versicherungsanstalten.

SECHSTES KAPITEL:

DIE ORGANISATION DER MODERNEN SOZIALVERSICHERUNG.

§ 1. Organisationssysteme: Einheitssystem — Mehrheitssystem.

Die Frage, ob das ganze Sozialversicherungssystem ein einheitliches oder ein nach den verschiedenen Versicherungszweigen getrenntes System ist, ist bei der Darstellung der Organisation der Sozialversicherung sehr wichtig.

a) Das Einheitssystem beruht, wie der Name bereits andeutet, auf dem Prinzip der Einheitlichkeit, demzufolge das ganze Sozialversicherungssystem in einer einzigen Versicherungsorganisation erfasst wird. Das Einheitssystem ist dann verwirklicht, wenn es eine einzige oberste Zentralstelle gibt, die unter sich mehrere örtliche Verwaltungsstellen zur Erledigung der laufenden Verwaltungsarbeiten in den einzelnen Bezirken hat. Voraussetzung ist aber, dass alle Einrichtungen, also die Zentrale und die örtlichen Verwaltungsstellen stets alle Versicherungsrisiken zusammen verwalten [1]). Im Einheitssystem gibt es keine verschiedenen Arten von Versicherungsfällen, da ohnehin jede Art der Beeinträchtigung der Arbeitskraft erfasst wird. Daher wird im Einheitssystem die ursprüngliche Idee der Erfassung der Beeinträchtigung der Arbeitskraft als ein einziges einheitliches Risiko am besten verwirklicht.

Ein sehr anschauliches Beispiel für das Einheitssystem bietet das Sozialversicherungswesen in Rumänien. Das geltende Sozialversicherungssystem wurde in Rumänien durch das Einheitsgesetz vom 7. April 1933 eingeführt und hat folgenden organisatorischen Aufbau:

---

1) Manes: Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 226.

Die oberste Verwaltungsstelle in der rumänischen Sozialversicherung ist die Zentralkasse, die in der Hauptstadt Bukarest ihren Sitz hat.

Ferner gibt es 32 örtliche Versicherungskassen, die über das gesamte Staatsgebiet verteilt sind.

In Ortschaften in denen es wenigstens 500 Versicherte gibt. können sog. örtliche Aemter der Sozialversicherung eingerichtet werden, wenn es notwendig ist.

Die Zentralkasse verwaltet und verteilt den Gesamtfonds d. h. die Gesamteinnahmen der Sozialversicherung, sie organisiert, leitet und beaufsichtigt die örtlichen Versicherungskassen und die örtlichen Aemter der Sozialversicherung.

Die örtlichen Versicherungskassen fungieren im allgemeinen als örtliche Verwaltungsstellen der Zentralkasse, besonders hinsichtlich der langfristigen Risiken: der Renten für Invalidität, Alter und Unfall. Bezüglich der kurzfristigen Risiken, wie Krankheit, Mutterschaft und Tod haben die örtlichen Versicherungskassen eine gewisse Selbständigkeit eingeräumt bekommen, da sie den für diese Risiken bestimmten Fonds selbst verwalten können.

Das einheitliche rumänische Sozialversicherungssystem umfasst, wie schon früher erwähnt, alle Versicherungsfälle ausser der Arbeitslosenversicherung, da die Arbeitslosigkeit in Rumänien von untergeordneter Bedeutung ist.

Die Zentralkasse ist auch der Träger einer sog. „Gemeinlast", d. h. sie übernimmt die finanzielle Deckung für die örtlichen Versicherungskassen, indem sie diejenigen Versicherungskassen unterstützt, die infolge der örtlichen Gegebenheit ständig in einer finanziell ungünstigen Lage sich befinden. Für diese Zwecke werden 7% des Gesamtfonds der Sozialversicherung reserviert (Art. 78 des Einheitsgesetzes).

Das Prinzip der Einheitlichkeit kann sich auch auf die Versicherten, auf die Art der Beitragserhebung und Beitragsberechnung, usw. erstrecken. Beispieslweise zahlt in Rumänien jeder Versicherte nur einen einzigen Beitrag zur Deckung aller Versicherungsfälle. Es wird also ein sog. Einheitsbeitrag erhoben.

Ein einheitliches Sozialversicherungssystem hat auch Deutsch-

land in der Knappschaftsversicherung. In ihr sind alle Versicherungsrisiken mit Ausnahme der Unfall- und Arbeitslosigkeitsrisiken verwaltungsmässig vereinigt. Desweiteren erfasst die Knappschaftsversicherung nicht nur die Bergarbeiter, sondern auch die Angestellten, die in den Bergbaubetrieben beschäftigt sind. Oberstes Organ der Knappschaftsversicherung ist die Reichsknappschaft, der 17 Bezirksknappschaften als örtliche Verwaltungsstellen unterstehen [1]).

Ein mehr oder weniger vollkommen durchgeführtes einheitliches Sozialversicherungssystem gibt es ferner in Bulgarien für die Unfall-, Kranken-, Mutterschafts-, Invaliditäts- und Altersversicherung; in Chile hinsichtlich der Kranken-, Invaliditäts- und Altersversicherung; in Frankreich für die Kranken-, Mutterschafts-, Invaliditäts-, Alters- und Sterbegeldversicherung; in Russland (U. d. S. S. R.) für alle Versicherungsfälle und alle Arbeitnehmer, und in anderen Ländern [2]).

b) Das Mehrheitssystem beruht auf der Bildung mehrerer verschiedener Sozialversicherungseinrichtungen oder -einheiten zur Deckung der einzelnen Versicherungsfälle. Die reinste Form des Mehrheitssystems liegt dann vor, wenn für jeden einzelnen Versicherungsfall ein besonderer, getrennter Versicherungszweig seine eigene getrennte Versicherungsorganisation hat.

Am besten lässt sich das Wesentliche des Mehrheitssystems an dem Beispiel der deutschen Sozialversicherung mit ihren getrennten Versicherungszweigen veranschaulichen.

In Deutschland gibt es 6 verschiedene Sozialversicherungszweige:

1. Die Kankenversicherung;
2. die Unfallversicherung;
3. die Invalidenversicherung oder die Rentenversicherung der Arbeiter;

---

1) „Dabei ist sehr bemerkenswert, dass das knappschaftliche Einheitssystem nicht auf einen willkürlichen Akt des Gesetzgebers zurückzuführen ist, sondern sich als Ergebnis eines langen Entwicklungsganges darstellt." Manes, Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 227.

2) Vergl. dazu I. A. A.: Les services sociaux en 1933. a. a. O. die Ausführungen über die einzelnen Länder, und die Ausführungen dieser Arbeit im letzten Kapitel S. 389 ff.

4. die Angestelltenversicherung oder die Rentenversicherung der Angestellten;

5. die Knappschaftsversicherung und

6. die Arbeitslosenversicherung.

Jeder der 6 Versicherungszweige hat seine eigene Versicherungsorganisation.

Die wirklichen Träger der Krankenversicherung sind die Krankenkassen, soweit es sich nicht um Gemeinschaftsaufgaben handelt. Hinsichtlich der Gemeinschaftsaufgaben aber kommen auch die Landesversicherungsanstalten der Invalidenversicherung in Betracht. Im übrigen gibt es keine oberste Zentralstelle der Krankenversicherung. Im Jahre 1936 gab es in Deutschland 4678 reichsgesetzlichen Krankenkassen [1]).

Die Träger der Unfallversicherung sind die Berufsgenossenschaften, deren Zahl für 1934 mit 101 angegeben wird [2]). Auch in der Unfallversicherung gibt es keine oberste Zentralstelle.

Träger der Invalidenversicherung sind die Landesversicherungsanstalten, deren Zahl im Jahre 1934 28 betrug. Daneben gab es noch 6 Sonderanstalten [3]). In der Invalidenversicherung fehlt ebenfalls die oberste Zentralstelle.

Bei der Angestelltenversicherung dagegen gibt es nur einen einzigen Träger, nämlich die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Die Knappschaftsversicherung mit ihrer Reichsknappschaft und den 17 Bezirksknappschaften wurde schon als Einheitssystem gekennzeichnet.

In der Arbeitslosenversicherung gibt es ebenfalls nur einen einzigen Hauptträger, nämlich die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, die aber in 13 Landesarbeitsämter und 360 Arbeitsämter untergliedert ist [4]).

---

1) Wirtschaft und Statistik, Jahrg. 1936, Heft 19, S. 762.

2) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, Jahrg. 1935, Heft 12. Herausgegeben vom Reichsversicherungsamt. Dezember 1935, S. 451.

3) Ebenda, S. 575.

4) Ludwig Heyde: Abriss der Sozialpolitik, 8. Aufl. Leipzig 1935, S. 119.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Sozialversicherung mit Ausnahme der Arbeitslosenversicherung geworden. Die Arbeitslosenversicherung untersteht auch weiterhin der unmittelbaren Aufsicht des Reichsarbeitsministers [1]).

Ein mehr oder weniger vollkommen durchgeführtes Mehrheitssystem in der Sozialversicherung hat Belgien, Grossbritanien, Irland (der freie Staat), Italien, Japan, Norwegen, die Niederlande, Schweden, usw. [2]).

§ 2. Die Organisationseinheiten: Versicherungsträger.

Der Grundsatz des Versicherungszwanges, der in fast allen Zweigen der Sozialversicherung zu finden ist, wirkt sich auch auf die Versicherungsträger aus. Und zwar kann der Versicherungszwang auf zwei Arten zum Ausdruck kommen:

1. Als Kassenzwang, d. h. die Versicherten können sich nur bei bestimmten Versicherungsträgern versichern, oder

2. als einfacher Zwang zum Versichern, d. h. es bleibt den Versicherungspflichtigen überlassen, bei welcher Versicherungsanstalt sie sich versichern, wenn sie sich nur versichern.

Die erste Form des Kassenzwanges oder besser der „Zwangsorganisation" findet sich heute in fast allen obligatorischen Sozialversicherungssystemen [3]). Man kann den Kassenzwang, bezw. die Zwangsorganisation auch als ein Monopol ansehen, das der Staat den Versicherungsträgern der Sozialversicherungseinrichtungen gibt.

Im allgemeinen gibt es zwei Arten von Versicherungsträgern, und zwar sind sie entweder örtliche Versicherungsträger oder berufliche Versicherungsträger, je nachdem sie dem Territorialprinzip oder dem Berufsprinzip folgen. Ein dritter Typ ist der sog. betriebliche Versicherungsträger, der dem Betriebsprinzip entspricht. Es gibt aber in der modernen Sozialversicherung so wenige Versiche-

1) Lutz Richter: Zum Aufbau der Sozialversicherung. Leipzig 1934. S. 31—32.

2) Vergl. dazu I. A. A.: Les services sociaux en 1935, a. a. O.

3) Weddigen: Sozialpolitik, Jena 1935 S. 227.

rungsträger dieser Art, und sie stimmen so weitgehend mit den beruflichen Versicherungsträgern überein, dass sie als Sondergruppe für die moderne Sozialversicherung ausser acht gelassen werden können. Ein Beispiel für diesen Typ sind die Betriebskrankenkassen in der deutschen Krankenversicherung.

Die grösste Verbreitung in allen Versicherungszweigen und in fast allen Sozialversicherungssystemen, gleichgültig ob sie als Einheits- oder als Mehrheitssystem oder in einer anderen Art organisiert sind, haben die örtlichen Versicherungsträger gefunden. Insbesondere hat sich dieser Typ in der Krankenversicherung nach deutschem Vorbild weitgehend durchgesetzt [1]). Das Internationale Arbeitsamt hat diese Entwicklung sogar gutgeheissen und die Form der örtlichen Versicherungsträger als die beste und günstigste bezeichnet [2]). Dass der Typ der örtlichen Versicherungsträger in besonderem Masse in der Krankenversicherung Anklang gefunden hat, erklärt sich ohneweiteres aus den Bedürfnissen dieser Sozialversicherungseinrichtungen. Nur mit Hilfe der örtlichen Krankenkassen kann die Krankenhilfe und die ärztliche Behandlung in aussreichendem Umfang zur Verfügung gestellt werden.

Der Typ der örtlichen Versicherungsträger ist in der deutschen Krankenversicherung durch die Orts- und Landkrankenkassen vertreten.

Auch in der Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung ist der Typ der örtlichen Versicherungsträger sehr weit verbreitet. In Deutschland sind es die Landesversicherungsanstalten.

Die weiteste Verbreitung hat dieser Typ aber im rumänischen Sozialversicherungswesen gefunden, d. h. hier ist das ge-

---

1) Manes: Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 229.

2) I. A. A.: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales. a. a. O. S. 58: „Au cours de la consultation des gouvernements qui a précédé la session de 1927, la superiorité des caisses territoriales sur tous les autres types d'institutions d'assurance a été mise en évidence. Les avantages du groupement territorial ont été précisés: meilleure compensation de risques. plus grande stabilité dans les effectifs. base plus rationelle pour l'organisation du service médical. simplicité du fonctionnement et du contrôle. Un très large accord s'était ainsi établi en faveur des caisses territoriales."

samte Sozialversicherungswesen auf den Typ der örtlichen Versicherungsträger ausgerichtet. Wie schon an anderer Stelle erwähnt, [1]), gibt es im rumänischen Sozialversicherungssystem eine Zentralkasse in der Hauptstadt mit 32 örtlichen oder Bezirksversicherungskassen, die über das gesamte Staatsgebiet verteilt sind.

In Frankreich hat sich der Typ der örtlichen Versicherungsträger ebenso wie in verschiedenen anderen Ländern in erheblichem Umfang durchsetzen können.

Als besondere Vorteile dieser Art von Versicherungsträgern können in Übereinstimmung mit dem Internationalen Arbeitsamt folgende Momente hervorgehoben werden: „Durch die Bildung einer territorialen Risikengemeinschaft tritt ein Ausgleich zwischen den verschiedenen Berufen ein; kommt noch die Einführung einer Gemeinlast aller territorialen Versicherungsträger hinzu, so wird ein Ausgleich der Risiken nicht nur zwischen den einzelnen Berufen, sondern auch zwischen den verschiedenen Gebieten bewirkt.

„Die Durchführung der Versicherung ist eine einfache und weniger kostspielig als bei berufsgenossenschaftlichen Versicherungsträgern. Die territoriale Versicherungsanstalt kann über ausreichende Geldmittel verfügen und wahrhaft soziale Medizin treiben". [2]).

Die beruflichen Versicherungsträger sind, wie schon der Name sagt, von bezw. für bestimmte Berufsgruppen eingerichtet worden. In Deutschland wird dieser Typ durch die Berufsgenossenschaften der Unfallversicherung, durch sämtliche Träger der Knappschaftsversicherung, durch die beruflichen Krankenkassen der Krankenversicherung, durch die Seekasse sowie die Innungs-, Knappschafts- und im Grunde auch durch die Betriebskrankenkassen vertreten.

Die besonderen Vorzüge der beruflichen Versicherungsträger kennzeichnet das Internationale Arbeitsamt folgendermassen: „Den auf berufsständischer Grundlage errichteten Versicherungsträgern wird in der Regel der Vorteil zugeschrieben, dass sie gleiche Risiken vereinigen und dass für Versicherte und Arbeitgeber eine

---

1) Siehe S. 121—122 dieser Arbeit.

2) I. A. A., Grundprobleme der Sozialversicherung. a. a. O. S. 157-158.

der Grösse des Risikos entsprechende Beteiligung an den Lasten der Versicherung und demzufolge eine gerechtere Verteilung der Lasten durchgeführt werden kann. Es wird ferner auch geltend gemacht, dass die vielfach vorhandene örtliche Nähe gleichartiger Betriebe die Gründung und Gebahrung derartiger Versicherungsträger erleichtert". [1]).

Eine andere Unterscheidung der Versicherungsträger ist die nach regelmässigen Versicherungsträgern, die kraft Gesetzes bestehen und tätig sind, und nach Nebenträgern, deren Bestehen vom Gesetz lediglich erlaubt ist. In der zweiten Gruppe sind bestimmte durch Gesetz zugelassene Ersatzkassen, besonders aber die Sonderanstalten der Staaten, Gemeinden, Eisenbahngesellschaften, usw. zusammengefasst, die in vielen Ländern neben der Sozialversicherungseinrichtung ihre Tätigkeit ausüben. Die erste Gruppe wird von den gesetzlichen Trägern der obligatorischen Sozialversicherung gebildet.

Manes unterscheidet die Versicherungsträger weiterhin noch danach, ob sie einen Anklang an die Form der Genossenschaft und des Gegenseitigkeitsvereins haben oder an die Form einer Anstalt und Behörde [2]).

Die Tätigkeit der Versicherungsträger hat Manes sehr treffend charakterisiert, wenn er sagt: „Die Tätigkeit der Versicherungsträger besteht insbesondere in der Errechnung und Erhebung der Beiträge, wie in der Errechnung und Auszahlung der Ersatzleistungen, sowie in der Gewährung sonsti-

---

1) I. A. A. Grundprobleme der Sozialversicherung, a. a. O., S. 157-158.

2) Manes, Versicherungswesen, III. Bd. a. a. O. S. 232: „Die Versicherungsträger zeigen entweder einen Anklang an die Form der Genossenschaft und des Gegenseitigkeitsvereins oder sie sind mehr nach Art einer Anstalt und Behörde aufgezogen. Die erste Form herrscht da vor, wo die unmittelbar Beteiligten allein die Selbstverwaltung ausüben, ohne dass Staat und Gemeinden ein weitgehendes Mitwirkungsrecht zusteht. Dies gilt vor allem für die Unfallversicherung und für die Krankenversicherung. Bei den Zweigen aber, bei denen dem öffentlichen Gemeinwesen aus den verschiedensten Gründen ein mehr oder minder grosser Einfluss eingeräumt werden muss, namentlich in Anbetracht der Ansammlung erheblicher Finanzmittel, wird mit Recht der anstaltsmässige Charakter bevorzugt. Wir finden ihn bei allen Rentenversicherungen, insbesondere auch bei der Arbeitslosenversicherung."

ger Leistungen an die Versicherten oder ihre Angehörigen; sie haben ferner die Kontrolle über die Versicherungspflichtigen, derart, dass der gesetzlich vorgeschriebene Personenkreis auch die ihm auferlegten Obliegenheiten erfüllt. Die Finanzverwaltung in Form der Vermögensanlagen spielt gleichfalls eine nicht unbedeutende Rolle. Die Zinseneinnahmen aus diesen haben neben den Einnahmen aus Beiträgen oder aus öffentlichen Mitteln oft grosse Bedeutung; es kommen ferner in Betracht Einnahmen aus Strafgeldern, teilweise auch aus werbenden Einrichtungen. Die Ausgaben betreffen ausser solchen für die Versicherungsleistungen naturgemäss Verwaltungskosten und in beträchtlichem Umfange Aufwendungen für Schadenverhütung.[1])".

Eine erfolgreiche Tätigkeit der Versicherungsträger hängt sehr wesentlich von zwei Voraussetzunen ab: vor allem müssen die Versicherungsträger immer an dem Gesetz der grossen Zahl festhalten, weil nur auf dieser Basis die grossen notwendigen Fonds angesammelt werden können für die Leistungen; andererseits müssen die Versicherungsträger immer nach der grösstmöglichen Befriedigung der Ansprüche der Versicherten streben. Die erste Vorbedingung führt dazu, einen möglichst grossen Kreis von Versicherten zu erfassen, während der zweite Gesichtspunkt es wünschenswert erscheinen lässt, dass der Versicherungsträger den Versicherten räumlich möglichst nahe ist.

Abschliessend sei noch darauf hingewiesen, dass sich neuerdings bei den verschiedenen Sozialversicherungsträgern eine starke Tendenz zur Verbandbildung bemerkbar macht, besonders in den Ländern mit Mehrheitssystemen, so beispielsweise die zahlreichen deutschen örtlichen und provinziellen Verbänden, Hauptverbänden und Arbeitsgemeinschaften[2]).

---

1) Manes, Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 231.

2) Vergl. Moldenhauer, HdSt. a. a. O. S. 831.

§ 3. Die innere Organisation der Versicherungsträger: Selbstverwaltung mit Staatsaufsicht — Verwaltungsorgane.

In den meisten Ländern der Welt und in den meisten Sozialversicherungssystemen sind die Sozialversicherungsträger juristische Personen des öffentlichen Rechts, die auf dem Prinzip der Selbstverwaltung aufgebaut sind. Es gibt nur ganz wenige Fälle, in denen die Versicherungsträger keine Selbstverwaltungskörper sind, sondern einfache Staatsbetriebe, wie beispielsweise in Bulgarien und Japan. Aber selbst in Japan sind neben den staatlichen Versicherungsträgern mit Selsbtverwaltung zugelassen und in Bulgarien haben die Versicherten wenigstens ihre Vertreter in der Verwaltung der staatlichen Versicherungsträger [1]).

Die öffentlichrechtlichen Selbstverwaltungskörper bilden also den vorherrschenden Typ in der inneren Organisation der Versicherungsträger. Allerdings stehen sie unter Staatsaufsicht [2]). In diesen Organen gibt es Vertreter der Versicherten und der beitragspflichtigen Unternehmer, oftmals auch Behördenvertreter und bestimmte Sachverständige.

Der Charakter der Selbstverwaltung drückt sich aber nicht nur darin aus, dass die Verwaltung in den Händen der Vertreter der an der Sozialversicherung beteiligten Personen liegt, sondern dass diese Vertreter auch von den Interessenten selbst oder von ihren beruflichen Gemeinschaften (Vereinigungen) und nicht etwa vom Staat gewählt werden. Beispielsweise werden in Rumänien nach dem Einheitsgesetz von 1933 die Vertreter der Arbeitgeber von den Handels- und Gewerbekammern, die der Versicherten von

1) Vergl. I. A. A., Les services sociaux en 1933. — a. a. O. —

2) Vergl. I. A. A.: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 59: „Quant au mode de gestion des institutions d'assurance, le système de la gestion autonome par les intéressés, préconisé par le Bureau, a recueilli une adhésion à peu près unanime et c'est sans opposition que la Conférence a spécifié dans les projets de convention que l'assurance-maladie doit être gérée sous le contrôle des pouvoirs publics par des institutions d'assurance autonomes (conventions, art. 6, al. 1.)".

den Arbeiterkammern gewählt. Desgleichen in Frankreich und in vielen anderen Staaten.

Die Selbstverwaltung, d. h. die Ausübung der Verwaltung durch die Beteiligten selbst, ist für die Sozialversicherungseinrichtungen von grösster Bedeutung. Anders ist es bei der freiwilligen Privatversicherung. Hier kommt eine Selbstverwaltung nicht in Frage, weil die freiwillige Privatversicherung stets auf einem privatwirtschaftlichen Grundgedanken aufgebaut ist, d. h. im letzten Sinne immer ein rein privates Geschäft zwischen dem Versicherten und dem Versicherer sein wird. Dagegen verwalten die Beteiligten in freiwilligen Gegenseitigkeitsvereinen schon ihre Beiträge selber. Dass die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung unerlässlich ist, erklärt sich daraus, dass einmal eine so grosse Zahl von Versicherten in ihr zusammengefasst werden, und ferner daraus, dass in der Sozialversicherung die Beiträge der ärmsten Bevölkerungsschichten verwaltet werden.

Obwohl unter Selbstverwaltung wörtlich nur die eigene Verwaltung durch die Beteiligten zu verstehen ist, so verstösst es doch keineswegs gegen diesen Grundsatz der Selbstverwaltung, wenn die Selbstverwaltung unter Staatsaufsicht durchgeführt wird. Die Staatsaufsicht kann vielmehr für die Ausübung der Selbstverwaltung von grossem Vorteil sein; das Internationale Arbeitsamt sieht in der Staatsaufsicht sogar einen ergänzenden Bestandteil der Selbstverwaltung: "L'autonomie à pour corollaire le contrôle financier et administratif des pouvoirs publics sur les institutions d'assurances.[1])"

Die Staatsaufsicht kann in verschiedener Weise ausgeübt werden. In Deutschland wird sie beispielsweise von öffentlichen Behörden durchgeführt: vom Reichsversicherungsamt und den Versicherungsämtern, aber auch vom Reichsarbeitsminister, d. h. in Bezug auf die Arbeitslosenversicherung, die in dem Aufbaugesetz von 1934 nicht einbegriffen ist. In Rumänien wird die Staatsaufsicht von einem Regierungskommissar (Staatskommissar) und daneben auch von dem Arbeitsminister ausgeübt, in

1) I. A. A.: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 95.

Frankreich vom Arbeitsminister. In England untersteht die Arbeitslosenversicherung und die Witwen-, Waisen- und Altersversicherung dagegen dem Gesundheitsminister (Miniter of Health).

Für die Notwendigkeit der Staatsaufsicht in der Sozialversicherung lassen sich mehrere Gründe anführen. In erster Linie erklärt sich diese Notwendigkeit aus der Grösse des Sozialversicherungsumfanges. Wenn in einem Staatswesen mehrere Millionen Personen von einer Einrichtung abhängig sind — in Deutschland beispielsweise etwa 45 Millionen — so hat der Staat ein Interesse an dieser Einrichtung zu nehmen, und zwar in der Form, dass er seinem Einfluss auf die Leitung der Verwaltung ausübt, damit diese Verwaltung ordnungsgemäss geführt wird und die von dieser Einrichtung anhängigen Personen zu ihrem Recht kommen. Denn das Wohlergehen dieser Millionen Menschen ist für die eigene Existenz des Staates von höchster Bedeutung.

Weiterhin erklärt sich die Notwendigkeit der Staatsaufsicht aus der grossen Summe von Mitteln, die die Sozialversicherungseinrichtungen verwalten. In Deutschland beliefen sich die gesamten Ausgaben aller Sozialversicherungseinrichtungen auf 4.059 Mill. RM im Jahre 1934 und im Jahre 1930 sogar auf 6.179 Mill. RM.[1]).

Die grossen Fonds und die grossen Leistungen der Sozialversicherungen sind von grösster Wichtigkeit für die allgemeinen sozialen und hygienischen Aufgaben des Staates. So liegt es im eigensten Interesse des Staates, darüber zu wachen, dass diese bedeutenden Fonds immer dem geeigneten Zweck zugeführt werden.

Schliesslich erweist sich die Staatsaufsicht auch als notwendig für einen reibungslosen Ablauf der Verwaltungstätigkeit in den Sozialversicherungseinrichtungen. Es zeigt sich denn auch, dass der gesamte Verwaltungsapparat unter der Staatsaufsicht viel zielbewusster arbeitet. Und nicht zuletzt werden die Versicherten selbst zu der Verwaltung viel mehr Vertrauen haben, wenn sie wissen, dass über dieser Verwaltung die Staatsaufsicht wacht.

---

1) Deutsche Wirtschaftskunde, Bearbeitet im Statistischen Reichsamt. 2. Aufl. Berlin 1933. S. 353, und Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, Jahrgang 1935. Heft Nummer 12. Berlin 1935. S. 448.

Die Staatsaufsicht erweist sich somit aus verschiedenen Gründen aus durchaus notwendig für den Verwaltungsapparat der Sozialversicherung. Das Internationale Arbeitsamt sagt sogar, dass der Staat eine Aufsicht über die Sozialversicherung ausüben m u s s, auch dann, wenn er sich nicht unmittelbar an der Verwaltung beteiligt: „Les pouvoirs publics sont responsables de l'application correcte et intégrale de l'assurance sociale, lors même qu'ils ne se chargent pas directement de sa gestion.[1])". Durch die Staatsaufsicht wird aber nicht nur die im Interesse von Staat und Versicherten liegende bestmögliche Leitung der Sozialversicherungseinrichtungen gewährleistet, diese Selbstverwaltung wird vielmehr durch eben diese Staatsaufsicht gleichzeitig davor bewahrt, in Willkür zu verfallen, was ohne Staatsaufsicht leicht möglich wäre, denn die Erfahrung hat immer wieder bewiesen, dass jede unbeschränkte Freiheit oder Macht in sich die Gefahr trägt, diese Machtvollkommenheit zu missbrauchen.

Andererseits darf die Staatsaufsicht auch nicht zu weit getrieben, d. h. überspitzt werden, sodass eine glatte Abwicklung der Verwaltungsarbeiten eher gehindert wird. Der Staat soll und muss darauf bedacht sein, dass keine Missbräuche in der Selbstverwaltung einreissen und sofern dies geschehen ist, diese auf das Schärfste ahnden, aber sie darf niemals so weit gehen, dass sie beispielsweise die in jeder Leitung notwendige Initiative der Leiter unterbindet. Die Staatsaufsicht soll wirksam sein, aber nicht bedrückend. „Die Rolle des Staates soll nicht die eines Diktators, sondern die eines Anweisers und prüfenden Sachverständigen sein; Schiedsrichter ja! — Diktator — nein".[2]).

Diese Idee kommt ebenfalls in dem deutschen Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934 zum Ausdruck (Abschnitt IV, § 1): „Die Aufsichtsbehörde wacht darüber, dass die Versicherungsträger Gesetz und Satzung beobachten. Sie kann ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmässigkeit erstrecken; sie soll sich in diesem Falle auf wichtige Fragen beschränken und in das

---

1) I. A. A.: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales. a. a. O. S. 95.

2) D. R. Ioanițescu: Renașterea Meseriilor, a. a. O. S. 333.

Eigenleben und die Selbstverantwortung der Versicherungsträger nicht unnötig eingreifen."

Die Verwaltung der Sozialversicherungsträger wird im allgemeinen von drei Arten von Organen ausgeübt: den beschliessenden, ausführenden und überwachenden Organen [1]).

a) Die beschliessenden Organe sind gewöhnlich die Generalversammlung oder die Ausschüsse [2]).

b) Die ausführenden Organe sind meist der Vorstand, die Geschäftsführung, ein Präsidium oder Direktorium.

c) Die überwachenden Organe pflegen durch die Aufsichtsbehörde ersetzt zu werden, oder diese Funktionen werden von Regierungskommissaren (Staatskommissaren) oder von einer Aufsichtskommission übernommen.

Der Aufgabenkreis der einzelnen Verwaltungsorgane lässt sich am besten an einem Beispiel aufzeigen. In Rumänien gibt es bei der Zentralkasse der Sozialversicherung fünf solcher Organe:

1. Die Generalversammlung;
2. der Verwaltungsausschuss;
3. die Generaldirektion (Direktorium), die aus einem Generaldirektor und 2 Direktoren besteht;
4. die oberste Aufsichtskommission und
5. der Regierungskommissar.

Die Generalversammlung und der Verwaltungsausschuss sind beschliessende Organe. Die Generaldirektion ist ausführendes Organ, die die Anweisungen der beiden ersten Organe auszuführen hat. Der Regierungskommissar und die oberste Aufsichtskommission sind die überwachenden Organe, denen die Aufsicht über die Zentralkasse obliegt.

In Deutschland hat der Verwaltungsapparat durch das Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 eine Umgestaltung erfahren. Früher hatten die Versicherungsträger je einen Vorstand und einen Ausschuss. Nach der neuen gesetzlichen Regelung sind diese

---

1) Vergl. Manes. — Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 235.

2) Nach Manes, Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 235, — entsprechen diese Organe „der Vertreterversammlung des privaten Gegenseitigkeitsvereins bezw. der Generalversammlung der Aktiengesellschaft."

beiden Organe entfallen. An ihre Stelle tritt ein Leiter, dem für jeden Versicherungsträger ein Beirat zur Seite steht. So wurde auch in der Sozialversicherung das Führerprinzip durchgeführt. Entsprechend dem Aufbaugesetz (Abschn. II, Art. 7, § 3) sollte der Beirat den Leiter lediglich unterstützen und beraten. Eine neuere Verordnung von 25. April 1936 erteilt dem Beirat indessen eine gewisse Macht. Zufolge dieser Verordnung (Abschn. II. § 5) muss der Beirat in folgenden Fällen gehört werden:

1. bei Erlass und Aenderung der Satzung;

2. bei Feststellung des Haushaltsplanes. Will der Leiter in diesen Fällen von dem Gutachten des Beirats abweichen, so entscheidet die Aufsichtsbehörde. Die Verordnung bestimmt ferner, dass dem Beirat die Abnahme der Jahresrechnung und die Entlastung obliegen. Bei Ablehnung entscheidet die Aufsichtsbehörde über die strittigen Punkte.

Die einzelnen Organe der Sozialversicherungsträger setzten sich in den meisten Ländern aus Vertretern der Versicherten, der Unternehmer und Behördenvertretern zusammen. Manchmal werden auch bestimmte Sachverständige hinzugezogen.

Früher pflegten viele Länder die Verwaltungsrechte entsprechend der Verteilung der Beitragspflicht aufzuteilen. Nunmehr ist aber in den meisten Ländern die Beitragspflicht je zur Hälfte auf die Versicherten und ihre Arbeitgeber verteilt worden, so ergibt sich die paritätische Behandlung der Verwaltungsrechte im geltenden Recht fast zwangsläufig [1]).

Schliesslich darf man über die Bedeutung der Organisation

---

1) Diesbezüglich siehe auch Weddigen, Sozialpolitik, a. a. O., S. 244–247: „Der Grundsatz der Gemeinschaftsparität müsste daher folgerichtig auch in den Sozialversicherungsgemeinschaften zur Herrschaft gelangen. Diesem Grundsatz entspricht allein die Forderung der Parität sowohl in der Aufbringung der Beiträge als auch in der Verwaltung aller Sozialversicherungszweige. Dabei ist die Parität der Beitragspflichten vor allem mit ihrer physischen Wirkung auf die Arbeitsparteien, die Parität der Verwaltungsrechte aber, wie wir sogleich noch sehen werden, auch mit dringenden objektiven Notwendigkeiten zu begründen. Zwingt man heute Parteien in eine sozialpolitische Arbeitsgemeinschaft hinein, so muss man ihnen Gleichberechtigung bieten, oder man wird keinen Frieden zwischen ihnen stiften." (S. 245).

der Verwaltungsorgane in der Sozialversicherung nicht die sorgfältige Auswahl des Beamtenkörpers im einzelnen vergessen. Der Beamtenapparat der Sozialversicherungsträger ist im Laufe der Zeit immer grösser geworden. Von ihm hängt letzten Endes die gute Leitung der Verwaltung ab. Seiner Auswahl muss daher die grösste Aufmerksamkeit geschenkt werden. Das Beamtenpersonal muss weitgehend vorgeschult werden, muss Fachstudien betreiben, muss mit den sozialen Fragen ganz allgemein vertraut sein und muss unbestechlich sein.

SIEBENTES KAPITEL:

DIE LEISTUNGEN IN DER MODERNEN SOZIALVERSICHERUNG.

§ 1. Die Ursachen der Leistungen: Die Deckung der Bedarfsfälle — die Versicherungsfälle.

Die Leistungen in der Sozialversicherung werden gewährt, um plötzlich eintretende Notstände, d. h. Notfälle oder Bedarfsfälle der Versicherten zu überbrücken. Der Hauptzweck jeder Versicherungseinrichtung und dementsprechend der Sozialversicherungseinrichtungen ist die Deckung bestimmter wahrscheinlich in der Zukunft eintretender Bedarfsfälle.

Alle Menschen sind im allgemeinen täglich vielerlei Gefahren ausgesetzt. Die arbeitenden Massen, die im engeren Sinne den Versichertenkreis der Sozialversicherung darstellen, sind aber infolge ihrer Tätigkeit im industriellen Arbeitsprozess in besonderem Masse dauernd zahlreichen und schweren Lebens- und Arbeitsgefahren ausgesetzt. Das höchste Ziel das der Sozialversicherung gesteckt werden könnte, wäre die vollständige Beseitigung der Gefahren, (Risiken), oder die restlose Deckung der entstandenen Bedarfsfälle, wenn die Risiken doch eingetreten sind. Diese eintretenden wahrscheinlichen Risiken sind die Versicherungsfälle der Sozialversicherung, und zwar Krankheit, Mutterschaft, Unfälle, Invalidität, Alter, Tod und Arbeitslosigkeit.

Das Eintreten eines solchen Versicherungsfalles hat die Entstehung eines Bedarfsfalles zur Folge. Dieser auf einer ökonomi-

schen Grundlage beruhende Bedarfsfall ist charakterisiert durch einen aussergewöhnlichen Zwang zu Ausgaben bei meist gleichzeitiger Minderung oder gar Aufhören des Einkommens [1]).

Der Zwang zu Ausgaben, der dem Eintritt eines Versicherungsfalles folgt, stellt meist für den Versicherten eine erhebliche Zunahme seiner täglichen Ausgaben dar. Diese Ausgaben erwachsen aus der Inanspruchnahme einer Heilfürsorge. Hierher gehören die Ausgaben für Arzthonorare, Arzneien und Heilmittel, Unterbringung in einem Krankenhaus, usw.

Die Minderung des Arbeitseinkommens oder das Aufhören der Einkommensquellen ist die Folge der eingetretenen Erwerbsunfähigkeit des Versicherten. Eine Beeinträchtigung der Arbeitskraft kann verursacht werden durch Invalidität, Krankheit, Unfall, Alter oder durch Arbeitslosigkeit. In all diesen Versicherungsfällen verliert der Versicherte sein Arbeitseinkommen teilweise oder vollständig und muss dementsprechend entschädigt werden.

Der Idealfall der Bedarfsdeckung wäre die „Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes, also Wiederbeschaffung der vollen Erwerbsfähigkeit, Ersatz jedes entstandenen finanziellen Schadens". [2]) Dieses Ideal der Bedarfsdeckung ist aber niemals verwirklicht worden, einmal weil es in vielen Fällen (Unfall, Invalidität, Alter) unmöglich ist, die volle Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, und zweitens, weil der vollständige Ersatz jedes entstandenen finanziellen Schadens aus bestimmten finanziellen und auch psychologischen Erwägungen unmöglich erscheint. Obwohl „das ursprüngliche Ziel, die Sicherung des Arbeitseinkommens" [3]). war, d. h. die Erhaltung des völligen Arbeitseinkommens auch während der Notfälle, ist dieser Zustand nie und nirgends verwirklicht worden. Die finanziellen Gründe für eine gewisse Beschränkung in der Deckung der Bedarfsfälle liegen in der Begrenztheit der den Sozialversicherungen zur Verfügung stehenden

1) Vergl. I. A. A.: Les problèmes généraux de l'assurance sociale. Genf 1925. S. 20—22.

2) Manes, Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 246.

3) Moldenhauer: Art. Sozialversicherung. HdSt. 4. Aufl. Jena 1929. Ergänzungsband. S. 851.

Mittel. Eine restlose Deckung der Bedarfsfälle würde so ungeheuere Kapitalien erfordern, dass die Bereitstellung dieser Summen für die Wirtschaft eine untragbare Belastung bedeuten müsste.

Aber auch vom psychologischen Standpunkt erscheint die Sicherung des vollen Arbeitseinkommens nicht wünschenswert, weil sie nur allzu leicht zu grossen und schweren Missbräuchen der Leistungen der Sozialversicherungseinrichtungen führen könnte. Wenn die Versicherten mit und ohne Arbeit das gleiche Arbeitseinkommen erhalten können, besteht ständig die Gefahr, dass sie sich arbeitslos stellen werden und Krankheit oder Invalidität simulieren.

Aus diesen beiden Gründen besonders aber als Schutz gegen Simulation gewährt man in fast allen Sozialversicherungseinrichtungen nur einen Teil des entfallenden Arbeitseinkommens in Geldleistungen [1]). In Bezug auf die Geldleistungen ist daher die Bedarfsdeckung nur eine teilweise.

Andererseits bildet in fast allen Sozialversicherungsgesetzgebungen der Eintritt eines gewissen vorgesehenen Versicherungsfalles die Hauptvoraussetzung für die Gewährung von Leistungen. Die von den Sozialversicherungseinrichtungen erfassten Versicherungsfälle sind, wie schon gelegentlich gesagt, folgende: Krankheit, Schwangerschaft, Unfall, Invalidität, Alter, Arbeitslosigkeit und Tod. Bei der Unfallversicherung ist noch besonders darauf hinzuweisen, dass heute in diesem Versicherungszweig nicht nur die Betriebsunfälle sondern auch die Berufskrankheiten oder doch wenigstens bestimmte Berufskrankheiten, so beispielsweise in Deutschland [2]), gedeckt werden.

Manes teilt die Versicherungsfälle der Sozialversicherung folgendermassen ein:

„1. einmalige Ereignisse: a) Tod, dem die Verschollenheit gleichgestellt zu werden pflegt; b) Unfall (Betriebsunfall); c) Entbindung; d) Witwenschaft, Witwerschaft; e) Halb- und Ganzverwaisung.

---

1) Moldenhauer: Art. Sozialversicherung, HdSt. a. a. O., S. 831.

2) Siehe dazu S. 183 dieser Arbeit.

2. Mehr oder minder lang dauernde Zustände: a) Alter b) Invalidität; c) Krankheit (Spezialfall: Gewerbekrankheit); d) Schwangerschaft; e) Arbeitslosigkeit"[1]).

Abgesehen von der Arbeitslosigkeit ist allen Versicherungsfällen der Sozialversicherung gemeinsam, dass sie physiologischer Natur sind und dementsprechend eng verbunden mit der menschlichen Wesensart. Nur die Arbeitslosigkeit wird im allgemeinen von ökonomischen Umständen ausgelöst und ist abhängig von der Konjunktur. Aber auch hier handelt es sich um eine Beeinträchtigung der Arbeitskraft, wenn auch aus anderem Grunde als in den zuvor erörterten Fällen.

Daher haben alle Versicherungsfälle der Sozialversicherung etwas gemeinsam, nämlich die Beeinträchtigung der menschlichen Erwerbsfähigkeit, wobei es gleichgültig ist, ob sie vollständig oder teilweise ist. Demzufolge haben auch alle Sozialversicherungseinrichtungen ein und dasselbe Streben, eben diese Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit wo immer sie auftritt, irgendwie zu beseitigen oder die eingetretenen Bedarfsfälle zu überbrücken. Manes kennzeichnet diese Zielsetzung in der Sozialversicherung mit folgenden Worten:" In der gesamten bestehenden Sozialversicherung aller Länder ist es allein die Beeinträchtigung der menschlichen Arbeitskraft in irgendwelcher Weise, die den Eintritt aller Bedarfs- oder Versicherungsfälle auslöst. Die Krankheit ist die letzte Erscheinungsform, in der sich jede anormale physische Schädigung der Arbeitskraft kundtut, gleichviel, ob sie, wie der Versicherungsfall der Unfallversicherung (Unfall und Gewerbekrankheit) im Zusammenhang mit dem Betriebe steht, oder, wie der Versicherungsfall der Krankenversicherung, einen unmittelbaren Zusammenhang mit dem Betriebe nicht zu besitzen braucht. Die Invalidität ist dann die Dauerform der Schädigung der Arbeitskraft, sei es nun, dass sie auf das Alter (Altersversicherung), auf Krankheit (Invalidenversicherung im weitesten Sinne) oder auf Unfall (Unfallversicherung) zurückführt. Auch die Arbeitslosigkeit hängt zu

1) Manes: Die Leistungen der Sozialversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 23, 1923, S. 272.

einem Teil mit diesen Versicherungsfällen zusammen, da ein Mensch mit aufgebrachter Arbeitskraft am leichtesten entlassen und am schwersten wieder eingestellt wird. So ist es tatsächlich eine Frage, ob die Dauerarbeitslosigkeit der älteren Angestellten ein Versicherungsfall der Arbeitslosenversicherung oder der (Angestellten-) Invalidenversicherung ist." [1])

Aus dem Grunde, dass allen Versicherungsfällen der Sozialversicherung die Beeinträchtigung der menschlichen Arbeitskraft oder besser der Erwerbsfähigkeit gemeinsam ist, betrachtet man häufig die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit als einen einheitlichen Versicherungsfall der Sozialversicherung, der allerdings in verschiedener Gestalt auftreten kann. Gleichgültig ob das Risiko im Einzelfall physiologischer oder ökonomischer (Arbeitslosigkeit) Natur ist, wird dieser einheitliche Versicherungsfall nur diejenigen Personen in seiner ganzen Schwere treffen, die ihr Einkommen restlos oder doch zum grössten Teil aus ihrer Arbeit beziehen. Nur für diese Personengruppen bedeutet der Eintritt des Risikos das Aufhören oder eine empfindliche Minderung ihres Einkommens, da ihr einziges Kapital ihre Arbeitskraft ist. So ist denn die Beeinträchtigung der Arbeitskraft bezw. der Erwerbsfähigkeit als das einheitliche Risiko anzusehen, unabhängig davon in welcher Form es auftritt.

Da diese Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit eine vollständige oder teilweise, eine dauernde oder vorübergehende sein kann, wird dementsprechend auch die Bedarfsdeckung eine vollständige oder teilweise, eine dauernde oder vorübergehende sein. Die Berechnung d.h. Feststellung der teilweisen oder vorübergehenden Beeinträchtigung der Arbeitskraft macht grosse Schwierigkeiten, besonders bei den kleinen selbständigen Gewerbetreibenden, den Hausgewerbetreibenden usw.

---

1) Manes, Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 225.

§ 2. Die Arten der Leistungen.

Es gibt zwei Methoden, die verschiedenen Arten von Leistungen in der Sozialversicherung zu systematisieren. Die eine Methode unterscheidet die Leistungen nach Geld- und Sachleistung; die andere nach Regel- und Pflichtleistungen, zu denen man als dritte Gruppe die Ersatzleistungen rechnen kann.

Im folgenden soll zunächst in Uebereinstimmung mit Manes [1]) die Einteilung der Sozialversicherungsleistungen nach Geldleistungen und Sach- oder Naturalleistungen erörtert werden.

1. Die Geld- oder Barleistungen können entweder Kapital- oder Rentenzahlungen sein.

a) Unter Kapitalleistungen versteht man im allgemeinen diejenigen Leistungen, die stets in Form von Kapitalien, d.h. als fixe Summen gewährt werden, so beispielsweise: Krankengeld, Hausgeld, Taschengeld, Entbindungskostenbeitrag, Wochengeld, Stillgeld, Sterbegeld usw. Hierher gehören ferner diejenigen Kapitalzahlungen, die als Abfindungen oder auch als Surrogatleistungen bezeichnet werden. Abfindungen werden meist an Stelle von Renten gewährt, sei es im Interesse der Versicherten, sei es im Interesse der Versicherungsträger. Abfindungen können beispielsweise folgenden Personen gewährt werden: den Renten beziehenden Witwen im Falle der Wiederverheiratung; den inländischen Versicherten, wenn sie ins Ausland verziehen; den versicherten Ausländern, die das Reichsgebiet verlassen.

b) Rentenzahlungen werden gezahlt als Unfallrenten, Invaliditätsrenten, Altersrenten, Witwenrenten, Witwerrenten, Waisenrenten usw.

2. Als Sach- oder Naturalleistungen bezeichnet man diejenigen Sozialversicherungsleistungen, die grundsätzlich als Sache, mit anderen Worten „in natura" geleistet werden. Nach Manes kommen folgende Leistungen als Sachleistungen in Betracht: „1. ärztliche Hilfe; 2. Bereitstellung von Pflegepersonal; 3. Lieferung von Heilmitteln; 4. Unterbringung in einem Kranken-

1) Manes, Die Leistungen der Sozialversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. 1925. Bd. 25. S. 270—271.

haus; 5. Unterbringung in einer Erholungsstätte, einem Waisenhaus u.dgl.; 6. Beschaffung von Arbeitsgelegenheit usw.“ [1])

Durch die Gewährung von Sachleistungen unterscheidet sich die obligatorische Sozialversicherung in hervorragendem Masse von der freiwilligen Privatversicherung, die Sachleistungen fast überhaupt nicht kennt. Die Gewährung von Sachleistungen hat im Laufe der Zeit in der Sozialversicherung eine immer grössere Rolle gespielt. Der Anteil der Sachleistungen an den Gesamtleistungen ist heute sehr erheblich, wenn auch die Geldleistungen und war die Renten im allgemeinen noch immer überwiegen. Das beste Sozialversicherungssystem wäre allerdings dasjenige in dem die Sachleistungen vor den Geldleistungen die erste Stelle einnehmen. Daher sagt Manes: „Wenn bisher wenigstens unter den Leistungen der Sozialversicherung die Geldleistungen überwiegen, so mag diese Erscheinung teilweise damit zusammenhängen, dass notwendigerweise bei der Ausarbeitung der Versicherungsgesetze Mathematiker herangezogen werden, die naturgemäss schon ihrer ganzen Einstellung nach vorzugsweise bei ihren Berechnungen Geldleistungen zugrunde legen, weil sonst nur allzu leicht der feste Massstab für die Berechnung der Beiträge und somit auch der Leistungen fehlt. Volkswirtschaftlich betrachtet wäre aber eine Sozialversicherung ungleich wertvoller, die so umfassende Sachleistungen zu gewähren vermag, dass Geldleistungen an die Versicherten nur eine untergeordnete Rolle spielen. Erst neuerdings ist man zu der Auffassung gekommen, dass es sich aus zahlreichen Gründen empfiehlt, vor allem die Ursachen der Schädigung und erst dann die dennoch eingetretenen Schäden zu beseitigen, also an erster Stelle, soweit möglich, Vorbeugung als Hauptleistung der Sozialversicherung, an zweiter Stelle Wiederherstellung der Arbeitskraft und erst an letzter Stelle Geldleistungen“ [2]).

Aber trotz allen Strebens nach möglichster Zurückdrängung der Geldleistungen hinter den Sachleistungen in der Sozialversi-

---

1) Manes, Die Leistungen der Sozialversicherung. a. a. O. S. 271.

2) Manes, Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 248. Siehe ferner bei Schmittmann, Art. Sozialversicherung HdSt., 4. Aufl. Jena 1926. Bd. VII. S. 631—633: Sachleistungen oder Geldleistungen?

cherung werden diese in den Rentenversicherungen und insbesondere in der Altersversicherung immer überwiegen.

Nach der zweiten Methode kommt man zu einer Einteilung der Sozialversicherungsleistungen in Regel-, Ersatz- und Mehrleistungen.

a) Regel- oder Pflichtleistungen sind solche Leistungen, die kraft Gesetzes beim Vorliegen eines Versicherungsfalles von dem Versicherungsträger gewährt werden müssen. Die Versicherten haben ihrerseits in diesem Falle kraft Gesetzes einen festen Rechtsanspruch auf die Regelleistungen, gleichgültig ob es sich um Geld- oder Sachleistungen handelt. Die Regelleistungen sind sogar im Gesetz selbst genau festgelegt, und zwar bestimmt das Gesetz das Mindestmass dessen, was von den Versicherungsträgern gewährt werden muss, ohne Rücksicht darauf, ob es sich um ein versicherungspflichtiges oder um ein freiwillig versichertes Mitglied handelt. Als Regelleistungen kommen in Betracht: Krankenhilfe, Wochenhilfe, Sterbegeld, Familienhilfe in der Krankenversicherung; Arbeitslosenunterstützung in der Arbeitslosenversicherung; Rentenzahlungen in den anderen Versicherungszweigen.

b) Unter Ersatzleistung versteht man diejenige Leistung, die an Stelle einer Regelleistung gewährt werden kann. Die Ersatzleistungen werden also im wahrsten Sinne des Wortes vom Versicherungsträger an Stelle einer Regelleistung gegeben. Die Versicherungsträger sind aber nicht verpflichtet, diese Ersatzleistungen zu gewähren. Daher haben die Versicherten auch keinen Rechtsanspruch darauf.

c) Die Mehrleistungen sind ebenfalls freiwillige Leistungen der Versicherungsträger. Sie treten aber nicht an die Stelle einer anderen Leistungsform sondern sie sind im allgemeinen zusätzliche Leistungen. Gewöhnlich sind sie vom Gesetze selbst vorgesehen. Im allgemeinen lässt das Gesetz der Versicherungsträgern die Möglichkeit offen, im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit die Regelleistungen über das gesetzliche Mindestmass hinaus in Form der Mehrleistung zu erweitern. Andereseits pflegen die Gesetze aber auch eine Höchstgrenze für die Gewährung und Ausdehnung dieser Mehrleistungen vorzusehen. Sind die

Mehrleistungen in den Satzungen der Versicherungsträger festgelegt, so haben die Versicherten auch einen Rechtsanspruch auf diese Mehrleistungen. Solche Mehrleistungen können beispielsweise sein: Verlängerung der Dauer der Krankenhilfe von 26 Wochen bis zu einem Jahr; dabei kann die Mehrleistung sich auf die Verlängerung der Krankenpflege oder des Krankengeldes oder auch auf die Verlängerung beider Leistungen beziehen. Eine Mehrleistung liegt in gewissem Sinne auch bei den Familienzuschlägen vor. Auch auf dem Gebiete der Wochenhilfe sind vielfach Mehrleistungen vorgesehen. So kann die Dauer des Wochengeldbezuges und des Stillgeldes verlängert werden. Die Erhöhung des Sterbegeldes bis zu einer festgesetzten Höchstgrenze gehört ebenfalls zu den Mehrleistungen. So auch die Erhöhung irgendwelcher Rente usw.

Nachdem wir einen Überblick über die Einteilungsmöglichkeiten der verschiedenen Arten der Leistungen in der Sozialversicherung und damit über diese Leistungen selbst bekommen haben, soll nunmehr untersucht werden, unter welchen Voraussetzungen die Versicherten den Rechtsanspruch auf diese Leistungen geltend machen können. Die grundsätzliche Bedeutung des Tatbestandes eines festen Rechtsanspruches auf Gewährung von Leistungen für die Versicherten in der obligatorischen Sozialversicherung wurde schon im ersten Abschnitt dieser Arbeit [1]) erörtert. Durch diesen festen Rechtsanspruch der Versicherten auf die Gewährung von Leistungen unterscheidet sich die obligatorische Sozialversicherung grundsätzlich von der sozialen Fürsorge, die in der Form der Armenpflege diesen Rechtsanspruch nicht kennt.[2])

1) Vergl. im ersten Abschnitt. Kap. I. § 3: „Soziale Fürsorge oder Sozialversicherung?" S. 16 ff.

2) Siehe auch Manes: Die Leistungen der Sozialversicherung, a. a. O. S. 280: „In diesem Zusammenhang ist auch hinzuweisen auf die u. a. von der deutschen Gesetzgebung aufgestellten Grundsätze, dass die Leistungen in keiner Beziehung denen der Armenpflege gleich zu erachten sind. Wer aus der Sozialversicherung etwas erhält, bekommt etwas auf Grund fester Rechtsansprüchen nicht aber als Gnadeakt oder aus Gründen der Barmherzigkeit, wie es bei der Armenpflege der Fall ist. Er wird infolgedessen nicht in seinen politischen Rechten oder sonstwie beeinträchtigt."

Die Versicherten haben also bei der obligatorischen Sozialversicherung feste Rechtsansprüche auf die Bedarfsdeckung, d.h. auf Entschädigung in bestimmten Schadensfällen. Die Ansprüche beruhen auf öffentlich-rechtlicher Grundlage und können im Spruchverfahren bei den für die Sozialversicherung zuständigen Rechtssprechungsbehörden verfolgt werden.

Trotz dieser weitgehenden rechtlichen Fundierung der Leistungsansprüche, müssen die Versicherten in fast allen Sozialversicherungssystemen erst bestimmte Voraussetzungen erfüllen, bevor in einem Versicherungsfall Leistungen gewährt werden.

Zwei wichtige Voraussetzungen für die Gewährung der Sozialversicherungsleistungen sind:

1. Die Zugehörigkeit zu dem Kreis der anspruchberechtigten Personen, und

2. das Vorliegen des Versicherungsfalles.

Die Leistungen der Sozialversicherung werden nur den Versicherten selbst und ihren Familien gewährt. Um feste Rechtsansprüche auf Leistungen zu erlangen, müssen die Versicherten jeweils zu, in den Gesetzen der einzelnen Ländern, näher bestimmten Personenkreisen gehören, unabhängig davon ob sie obligatorisch oder freiwillig versichert sind.

Ferner werden die Leistungen erst nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles gewährt. Diese Vorbedingung ist in erster Linie wichtig für die Geldleistungen, weniger vielleicht bei Sachleistungen, die auch in Bezug auf einen bestimmten Versicherungsfall als vorbeugende Massnahmen gewährt werden können. Schliesslich werden in einigen Versicherungszweigen die Leistungen nicht einmal mit dem Eintritt des Versicherungsfalles fällig, sondern sie sind an eine gewisse Karenzzeit oder Wartezeit gebunden. So wird in der Krankenversicherung das Krankengeld in Deutschland erst vom 4. Krankheitstage ab, in Rumänien vom 8. Tage an und in Frankreich vom 6. Tage an, bei mehr als 3 Kindern aber bereits vom 4. Krankheitstage an gewährt.

Ausser den bereits genannten zwei Voraussetzungen für die Gewährung der Leistungen in der Sozialversicherung können nach

Manes[1]) noch folgende Voraussetzungen in Betracht kommen:

„3. Die Zurücklegung einer gewissen Zeit seit Beginn der Versicherung (Wartezeit);

4. die Aufrechterhaltung der Versicherung eine bestimmte Zeit hindurch (Anwartschaft);

5. das Vorliegen von Bedürftigkeit;

6. Verwandtschaft oder Abhängigkeit von beschädigten Versicherten;

7. ordnungsmässige Beitragsleistung;

8. Nichtbestehen anderer Ansprüche;

9. Erfüllung gewisser Formvorschriften in bezug auf Geltendmachung der Leistungsansprüche;

10. Art, Umfang und Dauer des Bedarfs".

Die Erfüllung einer gewissen Wartezeit und die Erhaltung der Anwartschaft kommen insbesondere bei den Rentenversicherungen in Betracht; gelegentlich finden sie sich aber auch in anderen Sozialversicherungszweigen, so in Deutschland, Rumänien und anderen Ländern in Bezug auf die Mutterschaftsversicherung.

3. Die Erfüllung der Wartezeit bedeutet die Zurücklegung einer gewissen Zeit seit dem Beginn der Versicherung, in welche Beiträge geleistet werden müssen. Die Erfüllung der Wartezeit wird insbesondere in der Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenrentenversicherung gefordert. So gilt in Deutschland die Wartezeit in der Invalidenversicherung erst dann erfüllt, wenn 250 Beitragswochen auf Grund der Versicherungspflicht nachgewiesen werden. Ist die betreffende Person nicht obligatorisch sondern freiwillig versichert, so müssen wenigstens 500 Beitragswochen entrichtet sein. Diese Wartezeiten gelten aber nur für den Anspruch auf Invaliditätsrente. Bezüglich der Altersrente wegen Vollendung des 65. Lebensjahres müssen bis zu diesem Zeitpunkt 750 Beitragswochen gezahlt worden sein. In der deutschen Angestelltenversicherung sind die Bestimmungen sehr ähnlich. Hier wird die Wartezeit nicht nach Wochenbeiträgen sondern nach Monatsbeiträgen berechnet. So ist hier die Wartezeit für die Invaliditätsrente erfüllt, wenn mindestens 60 Beitrags-

1) Manes, Die Leistungen der Sozialversicherung. a. a. O. S. 271/2.

monate auf Grund der Pflichtversicherung entrichtet wurden. Für die Altersrente (das Ruhegeld) sind dagegen 180 Beitragsmonate erforderlich.

In Rumänien beträgt die Wartezeit für die Invaliditätsrente mindesten 200 Beitragswochen.

In Frankreich werden für die Gewährung der Invaliditätsrente 480 tägliche Beiträge (d.h. Beitragstage) verlangt.[1])

In Grossbritanien werden die Witwen-, Waisen- und Altersrenten der obligatorischen Witwen-, Waisen- und Altersversicherung erst nach Zurücklegung von 104 Beitragswochen gewährt.[2])

Die Wartezeit der Rentenversicherung ist von grundsätzlich anderer Art wie die Karenzzeit in der Krankenversicherung, denn bei dieser Wartezeit ist nicht nur eine gewisse Frist gesetzt, sondern, wie schon eingangs betont, ist es erforderlich, dass eben in dieser Wartezeit eine bestimmte Anzahl von Beitragsleistungen aufgebracht werden.

4. Unter Erhaltung der Anwartschaft versteht man die Aufrechterhaltung des Versicherungsverhältnisses während einer bestimmten Zeit. Sie ist ebenfalls in den Rentenversicherungen besonders wichtig. Hier ist es nicht nur notwendig, dass eine bestimmte Wartezeit erfüllt ist, die Anwartschaft muss auch eine gewisse Zeit aufrecht erhalten werden, bevor die Leistungen gewährt werden, d.h. die Beiträge müssen innerhalb einer bestimmten Zeit in gewisser Regelmässigkeit entrichtet worden sein. So gilt in Deutschland in der Invalidenversicherung die Anwartschaft nur dann als erhalten, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte vermerkten Ausstellungsstage mindestens 20 Beitragswochen, im Falle der Selbstversicherung aber mindestens 40 Beitragswochen gezahlt wurden. Um die Erhaltung der Anwartschaft in der Invalidenversicherung in Deutschland zu erleichtern, gilt indessen die Anwartschaft auch dann als erhalten, wenn die Gesamtzeit zwischen dem erstmaligen Eintritt in die Versicherung und dem Versicherungsfall zu

1) I. A. A., Les services sociaux en 1933. Genf 1936.
2) Ebenda.

drei Vierteln mit Wochenbeiträgen belegt ist (R.V.O. § 1265). Diese Dreivierteldeckung ist aber nur für die Erhaltung der Anwartschaft wesentlich, nicht für die Erfüllung der Wartezeit.

Ist die Anwartschaft erloschen so gehen die entrichteten Beiträge nicht verloren, weil die erloschene Anwartschaft wieder aufleben kann. In der deutschen Invalidenversicherung kann die Anwartschaft wieder aufleben, wenn von neuem auf Grund der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung mindestens 200 Beitragswochen gezahlt worden sind (R.V.O. § 1267).

Die Erhaltung der Anwartschaft wird ferner in der deutschen Angestellten- und Knappschaftsversicherung verlangt, desgleichen in den entsprechenden Versicherungszweigen in Rumänien und in anderen Ländern.

Schliesslich ist noch darauf hinzuweisen, dass in den Sozialversicherungsgesetzgebungen vieler Länder an Stelle der Erfüllung der Wartezeit oder als Ersatz für die Erhaltung der Anwartschaft in gewissen Fällen bestimmte Ersatzzeiten vorgesehen sind, so beispielsweise Mobilmachungs- oder Kriegszeiten usw.

Die übrigen Voraussetzungen für die Gewährung der Versicherungsleistungen in der Sozialversicherung beziehen sich in erster Linie auf die Familienangehörigen der Versicherten.

Für die Bemessung der Leistungen gibt es nach Manes[1]) drei Verfahrensweisen:

1. Nach dem bisherigen Arbeitsverdienst des Individuums (Individualverdienst);

2. nach dem durchschnittlichen Arbeitsverdienst von Berufsgenossen (Durchschnittsverdienst) unter Bildung von Lohnklassen oder ähnlichen Differenzierungen;

3. nach einem Satz, der als Existenzminimum anzusehen ist (Mindesteinkommen).

Bei der Bemessung und Gewährung der Leistungen erhebt sich die Frage, ob das Geschlecht der Versicherten eine unterschiedliche Regelung wünschenswert macht. Eine unterschiedliche Bemessung der Leistung nach dem Geschlecht gibt

1) Manes, Die Leistungen der Sozialversicherung. a. a. O. S. 275.

es beispielsweise in Grossbritanien in der Kranken- und Arbeitslosenversicherung. Das Krankengeld der Krankenversicherung beträgt für männliche Versicherte 15 s. wöchentlich, für ledige Frauen 12 s. und für verheiratete Frauen 10 s.[1]) Manes hält aber „eine starre, nur nach dem Geschlecht verschiedene Leistung, wie England sie kennt, für wenig logisch“[2]).

Die Schadenverhütung. Auch die schadenvorbeugenden Massnahmen der Sozialversicherung sind als Versicherungsleistungen anzusehen. Das Problem der Schadenverhütung ist in jüngster Zeit in der Sozialversicherung von grosser Bedeutung, weil man erkannt hat, dass auf diesem Wege die künftigen Leistungen erheblich herabgemindert und damit die Gesamtfonds wesentlich kleiner gehalten werden können.

Die Schadenverhütung tritt in der Unfallversicherung als Unfallverhütung auf, als Heilverfahren und vorbeugende Fürsorge bei der Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung und als Krankheitsverhütung bei der Krankenversicherung. Von diesen Leistungen zur Schadenverhütung wird aber nur die Unfallverhütung als Pflichtleistung gewährt.[3]).

Die wachsende Bedeutung der Schadenverhütung neben den Hauptfunktionen der Sozialversicherung, nämlich der Entschädigung und der Wiederherstellung der Arbeitskraft, ist auch vom Internationalen Arbeitsamt ausdrücklich betont worden:

„En même temps que s'accomplissait son extension territoriale vers l'université, l'assurance sociale obligatoire a vu son rôle s'élargir en vue d'assurer aux travailleurs une protéction de plus en plus complète.“

„A ses débuts, l'assurance sociale se proposait principalement d'attribuer les prestations en espèces à titre de compensation partielle du dommage subi par suite de la disparition ou de la réduction temporaire ou permanente de l'incapacité de gain.“

„Puis l'assurance a mis au premier plan de ses préoccupa-

1) I. A. A.: Les services sociaux en 1933. a. a. O. S. 420.
2) Manes: Die Leistungen der Sozialversicherung. a. a. O. S. 277.
3) Schmittmann, HdSt. VII. Bd. a. a O. S. 633.

tions, toutes les fois que cela a paru possible, la guérison de l'accidenté, du malade ou de l'invalide et le rétablissement de sa capacité de gain ; l'assistance médicale curative a alors pris une place de plus en plus importante."

„Enfin, plus récémment, réalisant qu'il vaut mieux prévenir que guérir, l'assurance s'est orientée vers l'organisation de la prévention des accidents, de la maladie et de l'invalidité en vue de diminuer la charge afférente aux prestations en espèces et d'améliorer les conditions matérielles et morales des colléctivités."

„Aujourd'hui, l'assurance sociale obligatoire a donc trois fonctions à remplir : indemnisation, réparation et prévention." [1])

Dass die Schadenverhütung an so hervorragende Stelle in der Sozialversicherung getreten ist, ist als eine grosse Errungenschaft anzusehen, aus dem einfachen Grunde, weil die Geldleistungen der Sozialversicherung nicht als eine ideale Lösung von den Versicherten selbst angesehen werden dürfen und nicht als die Hauptaufgabe seitens der Versicherungsträger. Die wichtigste Aufgabe der Versicherungsträger sollte die Vermeidung der Gefahren, d.h. der Versicherungsfälle sein, soweit das irgend möglich ist. Dabei spielt die sog. „Erste Hilfe" eine grosse Rolle. Auch ihre Bedeutung wurde in jüngster Zeit immer mehr erkannt. Die frühzeitige und ernsthafte Pflege einer Erkältung verhütet die Tuberkulose, die sofortige Behandlung eines Unfalls nach wissenschaftlichen Methoden kann vielfach die Invalidität vermeiden. So können durch die Gewährung der „Ersten Hilfe" unzählige Fälle

1) I. A. A., L'organisation du travail et les assurances sociales. Genf 1936. S. 5—6. Diesbezüglich vergl. auch bei Kaufmann, Art. Schadenverhütung im Versicherungslexikon. 2. Aufl. Berlin 1924. S. 1097: „Schon bald brach sich aber weitgehend die Erkenntnis durch, dass die letzten Ziele der Arbeiterversicherung nicht in der Überwindung von Schadenwirkungen gipfelt, dass der Schutz gegen Arbeitsunfähigkeit wichtiger ist als die Sorge für die Arbeitsunfähigen, und dass die Arbeiterversicherung ihre Aufgabe am besten erfüllt, wenn sie möglichst an die Quellen der Schädigungen herantritt." Und dann S. 1098—1099: „Dazu gehört alles, was die Arbeitskraft des Volkes schützt und steigert, also Massnahmen gegen Schwächungen, Verhütung von Schädigungen, während schadensausgleichende Geldzahlungen, weil bevölkerungspolitisch weniger bedeutsam, in die zweite Reihe treten, unter Umständen sogar herabgesetzt oder beseitigt werden müssen."

von Krankheit, Invalidität und sogar manchesmal Todesfälle vermieden werden. Daher legen fast alle Versicherungsträger und alle Sozialversicherungsgesetzgebungen heute so grossen Wert auf die Leistung der ersten Hilfe.

Eine ebenso schnelle und dankenswerte Entwicklung hat die Gewerbehygiene in der modernen Sozialversicherung genommen. Mit Hilfe der Gewerbehygiene können gleichfalls sehr viele Fälle von Krankheit und Invalidität verhütet werden. Auch hier sind nicht nur die Versicherten selbst die Nutzniesser, vom finanziellen Standpunkt aus können auch die Versicherungsträger von diesen Massnahmen grosse Vorteile haben.

§ 3. Die Leistungen der Sozialversicherung in den einzelnen Versicherungszweigen.

Für eine Untersuchung der einzelnen Sozialversicherungsleistungen empfiehlt es sich, sie im Rahmen der einzelnen Versicherungszweige zu erörtern. Es kann sich dabei allerdings nur um eine grundsätzliche Betrachtung handeln, da eine eingehende Behandlung dieses Problems Aufgabe des folgenden Abschnitts sein wird.

1. Die Unfallversicherung. Als Versicherungsfälle der Unfallversicherung, die die Gewährung von Versicherungsleistungen bewirken, kommen Betriebsunfälle und Berufskrankheiten in Betracht. Nun diese beiden Arten von Versicherungsfällen können in verschiedenen Gestalten eintreten, und zwar als Arbeitsunfähigkeit oder als Todesfall. Die Arbeitsunfähigkeit kann ihrerseits eine dauernde oder vorübergehende und gleichzeitig eine vollständige oder teilweise sein.

Als Sachleistungen werden im allgemeinen Krankenbehandlung und Berufsfürsorge gewährt. Die Krankenbehandlung kann sein: ärztliche Behandlung, Arznei, Heilmittel, Hilfsmittel, Pflege und manchmal auch Anstaltspflege. Die Krankenbehandlung und die Berufsfürsorge der Unfallversicherung erfüllen eine hohe Aufgabe: ihr Ziel ist, den Verletzten die Befähigung zu geben, ihren früheren Beruf wieder aufzunehmen, oder wenn dies nicht möglich ist, ihnen die Berufsausbildung oder

Umschulung für einen neuen Beruf zu gewähren. Diese letzteren Versuche bezeichnet das Internationale Arbeitsamt als „rééducation professionelle", d.h. als berufliche Weiterbildung der Verletzten mit dem Ziel, sie in den Arbeitsprozess wieder einzugliedern.[1])

Bei den Geldleistungen sind die Kapitalzahlungen und Renten zu unterscheiden. Als Kapitalzahlungen kommen in Betracht: Krankengeld, Tagegeld und Familiengeld, die während der Krankenbehandlung gezahlt werden, die Gewährung eines Sterbegeldes beim Tod durch Unfall und schliesslich die Kapitalabfindungen, die an die Stelle der kleinen Renten treten können. Als Renten kommen in Frage die Unfallrenten, die entweder Vollrenten bei völliger Erwerbsunfähigkeit oder Teilrenten bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit sein können, und die Hinterbliebenenrenten, die nach dem Tode des Versicherten, der Witwe, jedem Kind bis zu einem bestimmten Alter, gewöhnlich bis zum 15. Lebensjahr, und den abhängigen Verwandten der aufsteigenden Linie gewährt werden. Die Unfallrenten werden im allgemeinen nach der 26. oder 13. Woche, d.h. nach Beendigung der Krankenbehandlung und Aufhören des Krankengeldes gezahlt, während die Hinterbliebenenrenten sofort nach dem Tode des Versicherten zur Auszahlung kommen. Bei völliger Erwerbsunfähigkeit wird die Vollrente in den meisten Ländern auf zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes festgesetzt, die Teilrente wird als Teil der Vollrente errechnet entsprechend der prozentualen Verminderung der Erwerbsfähigkeit. Die Hinterbliebenenrenten werden ebenfalls als Teil des Jahresarbeitsverdienstes des verstorbenen Versicherten errechnet.

Hinsichtlich der Krankenbehandlung und des Krankengeldes ist zu erwähnen, dass in einigen Ländern, beispielsweise in Deutschland und Rumänien, während der ersten 26 Wochen die Leistungen von den Krankenversicherungsträgern und nicht von der Unfallversicherung aufgebracht werden; und nachher nur werden die Renten der Unfallversicherung fällig.

Schliesslich findet sich in den Sozialgesetzgebungen vieler

1) I. A. A.: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 42—44.

Länder die Auflage einer bestimmten Karenzzeit, bevor die Gewährung von Geldleistungen einsetzt. Die Karenzzeit wird im allgemeinen zwischen 3 und 10 Tagen festgesetzt [1]).

Auf die grosse Bedeutung der Unfallverhütung als Leistung der Unfallversicherung wurde schon im vorigen Paragraphen hingewiesen. Die Unfallverhütung besteht in erster Linie in den Unfallverhütungsvorschriften und der Überwachung der Betriebe. Die enge Verbindung zwischen Unfallverhütung und der sog. „Ersten Hilfe" wurde ebenfalls bereits gewürdigt [2]).

2. Die Kranken- und Mutterschaftsversicherung. Die Versicherungsfälle dieses Versicherungszweiges sind Krankheit und Entbindung. In manchen Ländern wird auch der Tod als Versicherungsfall der Krankenversicherung angenommen. Der Tod als Versicherungsfall der Krankenversicherung kommt dann aber nur für die Gewährung eines Sterbegeldes in Betracht.

Für den Krankheitsfall sind regelmässig bestimmte Sach- und Geldleistungen vorgesehen. Sachleistungen der Krankenversicherung sind: ärztliche Behandlung, Gewährung von Arzneien und Heilmitteln und Krankenhausbehandlung. Alle diese Sachleistungen sind Regelleistungen mit Ausnahme der Krankenhausbehandlung, die fast immer als Ersatzleistung gewährt wird. Als Geldleistungen der Krankenversicherung sind zu nennen: Krankengeld, Hausgeld und Taschengeld. Es ist dabei zu beachten, dass in fast allen Ländern das Krankengeld ebenso wie die Krankenbehandlung auf die Höchstdauer von 26 Wochen beschränkt ist. Als freiwillige Mehrleistung kann diese Frist natürlich verlängert werden, in einigen Fälle sogar bis auf ein Jahr.

Für die Gewährung des Krankengeldes sind im allgemeinen bestimmte Karenzzeiten vorgesehen, nicht aber für die Krankenbehandlung, die vom ersten Tage der Erkrankung an gewährt wird [3]).

Das Krankengeld wird fast in allen Krankenversiche-

1) I. A. A.: L'organisation du travail et les assurances sociales. a. a. O. S. 35.

2) Vergl. die Ausführungen in dieser Arbeit. S. 150—151.

3) Vergl. die Ausführungen in dieser Arbeit. S. 146.

rungsgesetzgebungen als Prozentsatz des Jahresarbeitsverdienstes errechnet und beträgt in den meisten Ländern 50 bis höchstens 66⅔ % des Grundlohnes[1]). Lediglich in Grossbritanien wird das Krankengeld als feste Summe gewährt, und zwar für männliche Versicherte 15 s. pro Woche, für weibliche Versicherte 12 s. bezw. 10 s., je nachdem ob sie ledig oder verheiratet sind.

Von grösster sozialhygienischer Bedeutung ist die Ausdehnung der Krankenpflege auch auf die Familienangehörigen der Versicherten, Eine solche Familienkrankenpflege gibt es heute in den meisten Ländern.

Hinsichtlich der Arzt- und Arzneikosten gibt es in manchen Krankenversicherungsgesetzgebungen eine Selbstbeteiligung der Versicherten an diesen Kosten. So müssen beispielsweise in Frankreich die Versicherten 15 oder 20% der Arztkosten entsprechend ihrer Lohnklasse selbst tragen; bei den Arznei- und Heilmittelkosten werden sie mit 15 % herangezogen[2]). Auch in Deutschland findet man eine Selbstbeteiligung der Versicherten an den Arzt- und Arzneikosten. Und zwar hat der Versicherte für die Krankenhilfe, entsprechend der Reichsversicherungsordnung (§ 187 b). einen Krankenschein in Höhe von 25 Rpf. zu lösen. Desweiteren hat er bei Abnahme von Arznei-, Heil- und Stärkungsmitteln einen Beitrag von 25 Rpf. der Kosten je Verordnung selbst zu tragen (RVO. § 182 a).

In der Mutterschaftsversicherung gibt es ebenfalls Sach- und Geldleistungen. Als Sachleistungen kommen in Betracht: Hebammenhilfe. Arznei und kleinere Heilmittel und in den meisten Fällen auch ärztliche Behandlung. Als Geldleistungen werden gewährt: Wochengeld in Höhe des Krankengeldes für 4 oder 6 Wochen vor und 6 Wochen nach der Niederkunft; ein Stillgeld, gewöhnlich in Höhe des halben Krankengeldes bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft, vorausgesetzt dass die Versicherte ihr Kind selber stillt. Schliesslich wird in eini-

---

1) I. A. A., Les problèmes généraux de l'assurance sociale. Genf 1925. S. 33.

2) Paul Pic, Traité élémentaire de législation industrielle. Paris 1933 S. 1036.

gen Ländern auch ein Entbindungskostenbeitrag als einmalige feste Summe gewährt, in Deutschland beträgt er RM 10.

In einigen Ländern ist die Wochenhilfe auch auf die weiblichen Familienangehörigen der Versicherten ausgedehnt.

3. Die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung. In diesem Versicherungszweig kommen die folgenden Versicherungsfälle in Betracht:

a) Arbeitsunfähigkeit infolge von Invalidität, die eine dauernde oder vorübergehende, und gleichzeitig eine vollständige oder teilweise sein kann;

b) Alter und

c) Tod, der im allgemeinen nur für die Gewährung der Hinterbliebenenrente in Frage kommt. Nur in wenigen Ländern wird auch in diesem Versicherungszweig auf Grund eines Todesfalles ein Sterbegeld gewährt. Für die Gewährung der Hinterbliebenenrenten ist in vielen Ländern die Verschollenheit dem Tode gleichgestellt worden.

Die Leistungen der Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung sind im wesentlichen Geldleistungen, und zwar Renten. Aber es gibt auch in diesem Versicherungszweig bestimmte Sachleistungen wie: das Heilverfahren und die Invaliden- und Waisenhauspflege, die insbesondere vom Standpunkt der Schadenverhütung und Schadenminderung von grosser Bedeutung sind.

Als Geldleistungen kommen in erster Linie die folgenden Renten in Frage: Invalidenrenten, Altersrenten und Hinterbliebenenrenten, die als Witwen-, Witwer und Waisenrenten in Erscheinung treten. In enger Verbindung mit diesen Renten stehen die Staats- oder Reichszuschüsse für dieselben; desgleichen sind die Kinderzuschüsse als weitere Geldleistungen dieses Versicherungszweiges anzusehen. Schliesslich kommen als Geldleistungen in diesem Versicherungszweig ebenfalls Kapitalabfindungen in Betracht, die an Stelle bestimmter Renten, insbesondere der Witwenrenten bei Wiederverheiratung und an Stelle kleiner Renten gewährt werden.

Wegen der hervorragenden Bedeutung der Rentenleistungen in diesem Versicherungszweig wird er oft auch als soziale Ren-

tenversicherung bezeichnet.

Fast regelmässig werden die Renten erst dann gewährt, wenn eine bestimmte Wartezeit abgelaufen ist und die Anwartschaft aufrechterhalten wurde[1]).

Hinsichtlich der Berechnung der Höhe der Renten gibt es im wesentlichen zwei verschiedene Systeme. Nach dem ersten Verfahren werden die Renten als starre Summen gewährt, die für alle Versicherten gleich hoch sind, so beispielsweise in Grossbritanien und Irland. Nach der zweiten Verfahrensweise, die allgemein verbreitet ist, werden die Renten als bewegliche Summen entsprechend der Höhe und Zahl der Beiträge errechnet. Nach diesem System wird meist ein starrer Mindest- oder Grundbetrag und ein Steigerungsbetrag gewährt, der sich nach der Zahl und Höhe der entrichteten Beiträge bemisst. Diese Regelung finden wir in Deutschland, Frankreich, Rumänien, Italien, den Niederlanden und in vielen anderen Ländern. Der Grundbetrag wird in einigen Ländern wie Deutschland und Italien vom Staat allein als Staats- oder Reichzuschuss aufgebracht. Schliesslich werden zu den Invaliden- und Altersrenten noch bestimmte Kinderzuschüsse gewährt.

a) Anspruch auf Invalidenrenten hat nach Erfüllung der Wartezeit und bei Erhaltung der Anwartschaft derjenige Versicherte, der dauernd oder vorübergehend invalide ist. Der Invaliditätsbegriff ist in den einzelnen Sozialversicherungsgesetzgebungen sehr verschieden definiert. Nach den meisten Gesetzgebungen gelten als Invalide diejenigen Versicherten, die zu einem bestimmten Prozentsatz arbeitsunfähig geworden sind. In vielen Ländern liegt dieser Prozentsatz bei ⅔ Arbeitsunfähigkeit, in anderen Ländern wird entweder eine vollständige oder mindestens eine 50 prozentige Arbeitsunfähigkeit vorausgesetzt, damit die Invalidenrente gewährt wird. In vielen Ländern wird die Invalidenrente erst nach 26 Wochen gezahlt, weil der invalid gewordene Versicherte, wie schon an anderer Stelle erwähnt, gewöhnlich während der ersten 26 Wochen aus der Krankenversicherung Krankengeld und Krankenpflege erhält. Die Invalidenrente kann ferner eine dauernde

1) Vergl. über die Bedeutung der Erfüllung der Wartezeit und die Möglichkeiten der Aufrechterhaltung der Anwartschaft die Ausführungen im voraufgehenden Paragraphen dieser Arbeit, S. 147—149.

oder vorübergehende Leistung sein, je nach der Art der Invalidität.

b) Eine Altersrente erhält nach der Erfüllung der Wartezeit und bei Erhaltung der Anwartschaft in den meisten Ländern derjenige Versicherte, der das 65. Lebensjahr vollendet hat. Beispielsweise gilt diese Regelung in Deutschland, Grossbritanien, Italien, Belgien und den Niederlanden. In Frankreich und Bulgarien wird die Altersrente schon bei Vollendung des 60. Lebensjahr gewährt, in Schweden allerdings erst nach Vollendung des 67. Lebensjahr [1]). Für die Bergarbeiter ist in Deutschland eine besondere Regelung getroffen. Sie können nach Erfüllung bestimmter Voraussetzungen bereits mit der Vollendung des 50. Lebensjahres eine Altersrente beziehen.

Die Altersrenten werden ihrem Wesen entsprechend oft auch als Ruhegeld bezeichnet.

c) Die Hinterbliebenenrenten werden nach dem Tode des Versicherten der hinterbliebenen Witwe (oder Witwer), den hinterbliebenen Waisen und manchmal auch den hinterbliebenen Eltern gewährt. Erfüllung der Wartezeit und Erhaltung der Anwartschaft sind auch hier Vorbedingung. Die Hinterbliebenenrenten werden im allgemeinen als Bruchteile der Rente gewährt, die der verstorbene Versicherte, als Altersrente erhalten hätte. In den meisten Fällen bekommt die Witwe 50 % und jede Waise 25% der Versichertenrente, unter der Voraussetzung, dass alle Hinterbliebenenrenten zusammen die ganze Rente nicht überschreiten, in anderen Fällen 2/3 der Versicherten-Rente nicht überschreiten. Diese Regelung der Hinterbliebenenrenten nach Bruchteilen der Versichertenrente gilt aber nicht in allen Ländern.

In einigen Ländern wie beispielsweise Deutschland und Rumänien wird die Hinterbliebenenrente auch den hinterbliebenen Familienangehörigen eines Invaliden- oder Altersrentenempfängers gewährt.

4. In der Arbeitslosenversicherung gibt es nur einen Versicherungsfall, nämlich die Arbeitslosigkeit. Die Gewährung der Leistungen in der Arbeitslosenversicherung ist aber meist von einer ganzen Reihe von Voraussetzungen

---

1) Vergl. I. A. A., Les services sociaux en 1933. a. a. O.

abhängig. So hat in der deutschen Arbeitslosenversicherung nur derjenige Versicherte Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung, der arbeitsfähig und arbeitswillig ist, aber unfreiwillig arbeitslos geworden ist, sofern er die Anwartschaftszeit erfüllt und den Anspruch noch nicht erschöpft hat. Der anspruchsberechtigte Versicherte muss also unfreiwillig arbeitslos sein, also nicht aus freiem Willen, aber auch nicht infolge von Streiks und anderen sozialen Unruhen. Er muss weiterhin arbeitsfähig und arbeitswillig sein. Arbeitswilligkeit bedeutet im allgemeinen die Bereitschaft zur Annahme einer Arbeit, die dem Versicherten nachgewiesen wird. Wenn die nachgewiesene Arbeit aus irgend einem unberechtigten Grunde abgelehnt wird, so kann die Unterstützung gesperrt werden. Ferner muss eine gewisse Anwartschaftszeit zurückgelegt sein; so muss der Versicherte in Deutschland mindestens 52 Wochen in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosigkeit in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gewesen sein. In England muss er mindestens 30 Wochenbeiträge in den letzten 2 Jahren entrichtet haben, in Queensland werden 26 Wochenbeiträge innerhalb des letzten Jahres verlangt, in Bulgarien mindestens 52 Wochenbeiträge innerhalb der letzten zwei Jahre und in Italien mindestens 24 Halbmonatsbeiträge innerhalb der letzten zwei Jahre [1]).

Die meisten Ländern sehen auch eine gewisse Karenzzeit vor, ehe die Arbeitslosenunterstützung gewährt wird, so Deutschland 3, 7 bezw. 14 Tage je nach dem Alter und Familienstand des Versicherten, Grossbritanien 6 Tage.

Als Leistungen der Arbeitslosenversicherung kommen im allgemeinen nur Geldleistungen in Betracht. Diese beziehen sich vor allem auf die Hauptunterstützung, d. h. auf die Arbeitslosenunterstützung im wahren Sinne des Wortes. Neben dieser wird in den meisten Ländern auch eine Familienzulage gewährt. In Deutschland wird die Arbeitslosenunterstützung als Prozentsatz der Löhne nach 11 Lohnklassen berechnet, wobei die Hauptunterstützung einschliesslich der Familienzuschüsse nicht mehr als 80% des Einheitslohnes in den untersten Lohnklassen und nicht mehr als 60% in den höchsten Lohnklassen

1) I. A. A., Les services sociaux en 1933. Vol. I. Genf 1936.

betragen darf. In anderen Ländern wird die Arbeitslosenunterstützung meist als fester Betrag berechnet. In Grossbritanien gibt es beispielsweise 8 verschiedene Gruppen je nach Alter und Geschlecht. In der höchsten Gruppe werden je Woche 15 Sh. 3 d. gezahlt, in der untersten Gruppe aber nur 4 Sh. 6 d. Dazu kommt noch eine Familienzulage von 2 Sh. wöchentlich für jedes Kind und von 8 Sh. für jede ältere vom Versicherten unterstützte Person. In Italien beträgt die Arbeitslosenunterstützung 1,25 Lira, 2,50 l. oder 3,75 l. täglich, je nach der Lohnklasse des Versicherten, in Bulgarien 15 oder 25 Leva täglich, je nachdem ob der Versicherte ledig oder verheiratet ist, in Queensland zwischen 14 und 17 Sh. wöchentlich für die ledigen Versicherten und zwischen 24 und 29 Sh. 6 d. für die verheirateten Versicherten, zu welchen Beträgen noch die Kinderzuschüsse hinzukommen [1]).

Die Zeit, während der die Arbeitslosenunterstützung gewährt wird, ist ebenfalls verschieden geregelt. In Deutschland wird die Arbeitslosenunterstützung 20 Wochen gezahlt, in Grossbritanien jährlich 156 Tage, in Italien 90—120 Tage, in Queensland 15 Wochen, in Bulgarien 12 Wochen jährlich, in Oesterreich 12—30 Wochen innerhalb eines Jahres, in Russland 9 Monate jährlich [2]).

Zur Erlangung der Arbeitslosenunterstützung wird in den meisten Ländern ferner verlangt, dass sich der Arbeitslose mehrmals wöchentlich in einer bestimmten Verwaltungsstelle meldet, in England sogar täglich.

Als Leistungen der Arbeitslosenversicherung kommen manchmal auch Massnahmen in Betracht, die einer drohenden Arbeitslosigkeit vorbeugen oder dieselbe einschränken sollen, so beispielsweise: Arbeitsnachweis, Arbeitsvermittlung, Berufsberatung, Reisekostenvergütung, Umzugskostenvergütung, Umschulung, Fortbildung, Notstandsarbeiten, usw. [3]).

In Deutschland gibt es neben der Arbeitslosenversicherung noch eine sog. Krisenunterstützung, die aber mehr einen Fürsorgecharakter hat, weil sie zu 4/5 vom Reich und zu 1/5 von

1) Vergl. I. A. A., Les services sociaux en 1933, a. a. O.

2) Ebenda und Manes, Versicherungswesen, III. Bd. a. a. O. S. 329.

3) Vergl. Manes, ebenda, S. 330.

den Gemeinden geleistet wird [1]; sie ist daher keine echte Sozialversicherungsleistung, sondern nur an die Sozialversicherungseinrichtung angeknüpft. Eine Krisenfürsorge gibt es ausser in Deutschland für die lange Zeit andauernde Arbeitslosigkeit auch in Dänemark, Oesterreich, Holland, Belgien und der Tschechoslowakei [2].

Schliesslich finden wir in Deutschland noch eine weitere Leistung der Arbeitslosenversicherung in der Beitragsgewährung für die Krankenversicherung, da es wünschenswert erscheint, dass jeder Arbeitslose auch während der Zeit, in der er die Hauptunterstützung empfängt, für den Krankheitsfall weiter versichert ist. Ebenso werden für ihn die Beiträge aufgebracht, um die Rentenversicherungen und die Anwartschaft des Arbeitslosen aufrechtzuerhalten [3].

1) Manes: Versicherungswesen, III. Bd., a. a. O., S. 328.
2) Ebenda. S. 330.
3) Vergl. L. Heyde, Abriss der Sozialpolitik. 8. Aufl. Leipzig 1933. S. 121.

DRITTER ABSCHNITT:
DIE GEGENWÄRTIGE LAGE DER SOZIALVERSICHERUNG

Wollte man es zur Aufgabe machen, die gegenwärtige Lage der Sozialversicherung darzustellen, so müsste man an sich den Stand der Sozialversicherung in jedem einzelnen Lande der Erde, untersuchen. Eine so umfassende Aufgabe würde aber über den Rahmen der vorliegenden Arbeit weit hinausgehen. Es kann sich daher im folgenden nur darum handeln, das Wesentliche an einem geeigneten Beispiel zur Darstellung zu bringen.

Überblickt man die Sozialversicherungseinrichtungen der einzelnen Länder, so wird man beobachten können, dass gegenwärtig zwei Systeme in besonderem Masse hervortreten, nämlich das einheitliche Sozialversicherungssystem und das Mehrheits- oder besser das in verschiedene Versicherungszweige gegliederte System [1]). In diesen beiden Systemen findet das Wesen der modernen Sozialversicherung eine klare Ausdrucksform.

Die typischen Vertreter dieser beiden Systeme, d. h. diejenigen Länder, in denen sie in der reinsten Form verwirklicht wurden, sind Deutschland und Rumänien; und zwar in Deutschland das Mehrheitssystem und in Rumänien das Einheitssystem.

Es soll daher im folgenden die Lage der modernen Sozialversicherung in diesen beiden Ländern untersucht werden. Durch die Darstellung des Wesentlichen in den beiden wichtigsten Systemen der modernen Sozialversicherung am typischen Beispiel hoffen wir, eine sichere Grundlage zu gewinnen, um im letzten Abschnitt die Problematik der Sozialversicherung entwickeln zu können.

---

1) Diesbezüglich vgl. die Ausführungen in dieser Arbeit auf S. 121-126.

ACHTES KAPITEL:

DIE GEGENWÄRTIGE LAGE DER SOZIALVERSICHERUNG IN DEUTSCHLAND.

Wie schon erwähnt, gibt es in Deutschland das Mehrheitssystem, d. h. die gesamte deutsche Sozialversicherung ist in mehrere Versicherungszweige getrennt. Und zwar gibt es gegenwärtig in Deutschland die folgenden sechs Sozialversicherungszweige, die jeweils ihre eigenen Versicherungsträger haben, und für die verschiedene Beiträge erhoben werden:

1. **Die Krankenversicherung;**
2. **die Unfallversicherung;**
3. die Rentenversicherung der Arbeiter (bis zum Gesetz vom **5. 7. 1934, — Invalidenversicherung);**
4. die Rentenversicherung der Angestellten (bis zum Gesetz vom 5. 7. 1934, — Angestelltenversicherung);
5. **die Knappschaftsversicherung;**
6. **die Arbeitslosenversicherung.**

§ 1. Die Krankenversicherung.

„Die Krankenversicherung ist nach Art und Häufigkeit ihrer Versicherungsfälle (Krankheit ohne oder mit Arbeitsunfähigkeit, Niederkunft, Tod) gewissermassen die Sozialversicherung des **täglichen Lebens.**"[1]).

Die Krankenversicherung beruht heute in Deutschland auf dem zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung und dem Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934. Für eine umfassende genaue Dar-

---

1) Lutz Richter — Grundriss der Reichsversicherung — Stuttgart — Berlin 1935. S. 45.

stellung der Krankenversicherung ist es daher notwendig, von diesen beiden Gesetzen auszugehen.

Wie in vielen anderen Ländern enthält auch die deutsche Krankenversicherung die Mutterschaftsversicherung und eine Sterbegeldversicherung.

Die Krankenversicherung, ebenso wie die anderen Zweige der deutschen Sozialversicherung, lässt sich nach den folgenden vier Gesichtspunkten darstellen:

I. Umfang,
II. Leistungen,
III. Aufbringung der Mittel,
IV. die Versicherungsträger.

I. Der Umfang der Krankenversicherung.

Die deutsche Krankenversicherung umfasste im Jahre 1934, 18.071.000 Versicherte[1]).

Die Versicherten sind entsprechend der Reichsversicherungsordnung in zwei Gruppen eingeteilt: Die Versicherungspflichtigen und die Versicherungsberechtigten. Die Reichsversicherungsordnung erwähnt daneben noch eine dritte Gruppe, die der Versicherungsfreien.

A. Die Versicherungspflicht erstreckt sich nach § 165 der R. V. O. auf folgende Personen, die kraft Gesetzes mit oder ohne ihren Willen pflichtversichert sind:

1. Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Hausgehilfen;

2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlicher gehobener Stellung, sämtlich, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet;

3. Handlungsgehilfen und -lehrlinge, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken;

4. Bühnenmitglieder und Musiker ohne Rücksicht auf den Kunstwert ihrer Leistungen;

---

1) Diese Zahl enthält alle Mitglieder der reichsgesetzlichen Krankenkassen einschliesslich der See-Krankenkasse, nicht aber die der Ersatzkassen. Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung. Jahrgang 1935. Heft Nr. 12. Berlin, Dez. 1935. S. 698.

5. Lehrer und Erzieher;

5a. Angestellte in Berufen der Erziehung, des Unterrichts, der Fürsorge, der Kranken- und Wohlfahrtspflege, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf und die Hauptquelle ihrer Einnahmen bildet;

6. Hausgewerbetreibende;

7. Seeleute sowie die Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt.

Die Versicherungspflicht tritt nur ein, wenn die oben genannten Personen sich in einem Beschäftigungsverhältnis befinden, und zwar wenn sie gegen Entgelt beschäftigt werden. Eine Ausnahme gibt es nur bei den Lehrlingen und Hausgewerbetreibenden. Unter Entgelt sind nicht nur Gehalt bezw. Lohn, sondern auch Gewinnanteile, Sach- und andere Bezüge zu verstehen, die der Versicherte, wenn auch nur gewohnheitsmässig statt eines Gehaltes bezw. Lohnes oder neben diesem von dem Arbeitgeber oder einem Dritten erhält. (§ 160 — R. V. O.).

Eine andere wichtige Voraussetzung für den Eintritt der Versicherungspflicht ist die Nichtüberschreitung der festgesetzten Jahresarbeitsverdienstgrenze. Diese Einkommensgrenze beträgt 3600 RM und gilt für alle oben genannten Personengruppen mit Ausnahme der Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge und Hausgehilfen. Mit anderen Worten, die Jahresarbeitsverdienstgrenze gilt nur für Angestellte, dagegen nicht für Arbeiter.

Auf die jährliche Einkommensgrenze von 3600 RM werden Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, d. h. Frauen- und Kinderzuschläge, nicht angerechnet (R. V. O. — § 165).

Sobald ein Versicherungspflichtiger die für die Versicherungspflicht festgesetzte Höchstverdienstgrenze überschreitet, scheidet er nach den Bestimmungen der R. V. O. mit dem Tage der Überschreitung aus der Versicherungspflicht aus.

Die Staatsangehörigkeit, das Geschlecht und das Alter spielen im allgemeinen bei der Versicherungspflicht keine Rolle.

Die Mitgliedschaft der versicherungspflichtigen Versi-

cherten beginnt mit dem Tage des Eintritts in die versicherungspflichtige Beschäftigung. (R. V. O. — § 306). Die Arbeitgeber haben die Pflicht, von sich aus die Versicherungspflichtigen binnen 3 Tagen bei der zuständigen Kasse an- und auch abzumelden.

B. Die Versicherungsfreiheit kann entweder kraft Gesetzes oder auf Antrag entstehen.

1) Kraft Gesetzes sind versicherungsfrei: die vorübergehend Beschäftigten, die für ihre Tätigkeit einen geringfügigen Entgelt erhalten; Beamte, Aerzte und Zahnärzte in Betrieben oder im Dienste des Reiches, der Deutschen Reichsbahn-Gesellschaft, eines Landes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers, wenn ihnen Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen gewährleistet wird (R. V. O. — § 169); Personen, die zu ihrer wissenschaftlichen Ausbildung für den zukünftigen Bedarf gegen Entgelt tätig sind (R. V. O. — § 172 — ab. 3); schulpflichtige Kinder, die in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben Dienst leisten; Soldaten, Angehörige der Schutzpolizei, Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen, Schwestern vom Roten Kreuz, Schulschwestern (§ 172 — R. V. O.), usw.

2) Auf eigenen Antrag wird gefreit, wer eine Invalidenrente bezieht oder dauernd invalide ist oder wer die Leistungen seiner Kasse für die zulässige Höchstdauer bezogen und deshalb keinen Anspruch mehr auf Leistungen hat. (§ 173 — R. V. O.).

Auf Antrag des Arbeitgebers können weiter Lehrlinge aller Art befreit werden, solange sie im Betrieb ihrer Eltern beschäftigt sind und die Personen, die bei Arbeitslosigkeit in Arbeiterkolonien oder in ähnlichen Wohltätigkeitsanstalten vorübergehend beschäftigt werden (R. V. O. — § 175).

C. Bei der Versicherungsberechtigung gibt es zwei Arten: 1) Selbstversicherung und 2) Weiterversicherung.

1. Die Selbstversicherung ermöglicht folgenden Personen den freiwilligen Beitritt zur Krankenversicherung, solange ihr Einkommen 3600 RM jährlich überschreitet:

a) den Versicherungfreien, d. h. diejenigen Personen, die nach Art ihrer Tätigkeit einer Berufsgruppe der Krankenversicherung

zugehören würden, aber aus besonderen Gründen versicherungsfrei sind;

b) Familienangehörige des Arbeitgebers, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt in seinem Betrieb tätig sind;

c) Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben gewöhnlich keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen. (R. V. O. — § 176).

Der Beitritt der Selbstversicherten kann durch die Satzungen der Krankenkasse von einer bestimmten Altersgrenze und von einem ärztlichen Gesundheitszeugnis abhängig gemacht werden (R. V. O. — § 176).

2. Die Weiterversicherung. Der Versicherte, der aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet oder der die jährliche Einkommensgrenze von 3600 RM überschreitet, ist berechtigt, sich freiwillig weiterzuversichern unter der Voraussetzung, dass er in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versichert war. (R. V. O. — § 313).

Ausserdem sind noch einige andere Voraussetzungen zu erfüllen, und zwar muss der zur Weiterversicherung Berechtigte binnen 3 Wochen nach dem Ausscheiden der Kasse seine Weiterversicherung anzeigen, er muss sich ferner im Inland aufhalten und die Beiträge rechtzeitig entrichten.

Auch der überlebende Ehegatte ist berechtigt, die Mitgliedschaft fortzusetzen, solange er nicht selbst auf Grund eines Reichsgesetzes für den Fall der Krankheit versichert ist (R. V. O. — § 313).

Hinsichtlich der Versicherungsberechtigung — also sowohl der Selbstversicherung als auch der Weiterversicherung — bestimmt § 178 der R. V. O., dass sie in jedem Falle erlischt, wenn das regelmässige jährliche Gesamteinkommen 8400 RM übersteigt.

II. Die Leistungen der Krankenversicherung.

Hauptvoraussetzung für die Gewährung der Leistungen der deutschen Krankenversicherung ist der Eintritt eines bestimmten Versicherungsfalles. Die Erfüllung einer Wartezeit und die Erhaltung der Anwartschaft sind nur für die

Gewährung der Wochenhilfe und der Familienhilfe erforderlich, sonst kommen sie für die Versicherungspflichtigen der Krankenversicherung nicht in Frage. Für die Versicherungsberechtigten dagegen, die der Kasse freiwillig beigetreten sind, kann die Satzung bestimmen, dass ihr Anspruch erst nach einer Wartezeit von höchstens 6 Wochen entsteht (R. V. O. — § 207). Eine Karenzzeit wird nur für die Gewährung des Krankengeldes vorgesehen, und zwar gilt sie für die ersten 3 Tage seit Beginn der Krankheit.

Als Versicherungsfälle der deutschen Krankenversicherung kommen die folgenden in Betracht: Krankheit, Niederkunft, Arbeitsunfähigkeit infolge der Krankheit oder der Niederkunft (Schwangerschaft) und Tod.

Die Versicherungsleistungen sind im allgemeinen in drei Gruppen eingeteilt: Regel-, Ersatz- und Mehrleistungen.

Daneben unterscheidet man noch zwischen Geld- und Sachleistungen.

Als Sachleistungen gelten: ärztliche Behandlung, Gewährung von Arznei, Heilmittel, Krankenhausbehandlung, Gewährung von Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern und desgl., Hebammenhilfe, usw.

Als Geld- oder Barleistungen kommen in Betracht: Krankengeld, Hausgeld, Taschengeld, Entbindungskostenbeitrag, Wochengeld, Stillgeld und Sterbegeld. Sämtliche Geldleistungen mit Ausnahme des Entbindungskostenbeitrages werden nach dem Grundlohn bemessen, der zugleich Bemessungsgrundlage der Beiträge ist. Als Grundlohn gilt der auf den Kalendertag entfallende Teil des Arbeitsentgelts, aber nur bis zu einer Höchstgrenze von 10 RM täglich. Der Grundlohn wird in den Satzungen der Krankenkassen nach dem wirklichen Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten, (zweckmässig für grosse Betriebe mit zuverlässiger Lohnbuchführung), nach Lohnstufen oder nach Mitgliederklassen festgesetzt (R.V.O. § 180).

Regelleistungen. Jede Krankenkasse ist kraft Gesetzes verpflichtet, bestimmte Regelleistungen zu gewähren. Deshalb werden sie gewöhnlich auch als Pflichtleistungen oder Min-

destleistungen bezeichnet. Auf diese Leistungen hat der Versicherte einen festen, öffentlich-rechtlichen Anspruch.

Als Regelleistungen der Krankenversicherung sieht die R.V.O. (§ 179) die folgenden vor: Krankenhilfe, Wochenhilfe, Sterbegeld und Familienhilfe.

1. Krankenhilfe als Regelleistung wird bei Krankheit eines Versicherten gewährt, und zwar grundsätzlich so lange wie die Krankheit dauert; sie endet aber spätestens mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit. Sie besteht aus: Krankenpflege und Krankengeld.

a) Die Krankenpflege wird vom Beginn der Krankheit an gewährt und umfasst: ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbänder und andere kleinere Heilmittel (R.V.O. § 182). An den Kosten für Arzneien, Heil- und Stärkungsmittel sind die Versicherten mitbeteiligt, indem sie für jede ärztliche Verordnung den Betrag von 25 Rpf. jedoch nicht mehr als die wirklichen Kosten, entrichten müssen (R.V.O. § 182 a). Auch an der gesamten Krankenhilfe ist der Versicherte insofern kostenpflichtig beteiligt, als er für Inanspruchnahme der Krankenhilfe einen Krankenschein lösen muss, für den eine Gebühr von 25 Rpf erhoben wird. (R.V.O. § 187 b).

b) Das Krankengeld wird vom 4. Tage der Krankheit an gewährt, aber ebenso wie die Krankenpflege nur für die Höchstdauer von 26 Wochen. Das Krankengeld beträgt 50 % des Grundlohnes für jeden Kalendertag und wird nur dann gewährt, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht. Der Anspruch auf Krankengeld ruht, wenn und soweit der Versicherte während der Krankheit Arbeitsentgelt erhält (R.V.O. § 189).

Als Ersatzleistungen für die Krankenhilfe werden Krankenhauspflege und Hauspflege gewährt. Diese beiden Ersatzleistungen treten sowohl an die Stelle der Krankenpflege als auch des Krankengeldes.

a) Unter Krankenhauspflege ist die Gewährung von Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus zu verstehen. Hat der Kranke einem eigenen Haushalt oder ist er Mitglied des Haushaltes seiner Familie, so bedarf es seiner Zustimmung (R.V.O. § 184).

Während der Krankenhauspflege kann ein Hausgeld den

Familienangehörigen des Versicherten gewährt werden, falls der Versicherte sie bisher ganz oder überwiegend unterhalten hat. Das Hausgeld beträgt die Hälfte des Krankengeldes und kann unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden (R. V. O. § 186).

b) Hauspflege kann mit Zustimmung des Versicherten gewährt werden, wenn es der Fall bedingt. Sie besteht in Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger.

Mehrleistungen nach der R.V.O. (§ 187), können hinsichtlich der Krankenhilfe durch die Satzungen der Krankenkassen eingeführt werden. Als Mehrleistungen kommen die folgenden in Betracht: a) die Erweiterung der Dauer der Krankenhilfe — sowohl der Krankenpflege als auch des Krankengeldes — bis zu einem Jahr; b) die Gewährung von Fürsorge für Genesende, namentlich durch Unterbringung in einem Genesungsheim, bis zur Dauer eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe; c) die Zubilligung von Hilfsmitteln gegen Verunstaltung und Verkrüppelung, die nach bedingtem Heilverfahren nötig sind, um die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen oder zu erhalten; d) die Einführung bestimmter Massnahmen zur Verhütung von Erkrankungen (R. V. O. § 187).

Weitere Mehrleistungen ergeben sich aus der Erhöhung und Abstufung des Krankengeldes nach dem Familienstande.

2. Wochenhilfe wird weiblichen Versicherten bei Schwangerschaft, Niederkunft usw. gewährt unter der Voraussetzung, dass sie in den letzten 2 Jahren vor der Niederkunft mindestens 10 Monate hindurch, im letzten Jahre vor der Niederkunft aber mindestens 6 Monate reichsgesetzlich gegen Krankheit versichert waren (R.V.O. § 195 a).

Regelleistungen der Wochenhilfe sind die folgenden (R.V.O. § 195 a):

a) Hebammenhilfe, Arznei und kleinere Heilmittel und, falls erforderlich, ärztliche Behandlung;

b) ein einmaliger Betrag in Höhe von 10 RM zu den sonstigen Kosten der Entbindung; findet eine Entbindung nicht statt, beträgt der Beitrag nur 6 RM;

c) Ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, jedoch min-

destens 50 Rpf täglich, für 4 Wochen vor und 6 zusammenhängenden Wochen nach der Niederkunft ; es beträgt jedoch für die Zeit vor der Entbindung 3/4 des Grundlohnes, sofern die Schwangere keine Beschäftigung ausübt.

d) ein Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes, jedoch mindestens 25 Rpf. täglich, solange die Versicherte ihr Neugeborenes stillt. Das Stillgeld wird bis zub Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft gewährt.

Als Ersatzleistungen für die Wochenhilfe kommen in Betracht: die Gewährung von Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim oder Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen. In beiden Fällen bedarf es die Zustimmung der Wöchnerin und in beiden Fällen kann die Kasse das Wochengeld vollständig oder bis zur Hälfte abziehen.

Als Mehrleistungen hinsichtlich der Wochenhilfe können folgende Leistungen in Betracht kommen : die Verlängerung des Wochen- und Stillgeldes oder die Erhöhung des Entbindungskostenbeitrages.

3. Ein Sterbegeld wird beim Tode eines Versicherten gewährt. Als Regelleistung beträgt es das Zwanzigfache des Grundlohnes ; als Mehrleistung aber kann die Satzung der Kasse das Sterbegeld bis zum Vierzigfachen des Grundlohnes erhöhen.

Vom Sterbegeld werden zunächst die Kosten der Bestattung bestritten und an denjenigen gezahlt, der die Bestattung besorgt hat. Bleibt ein Ueberschuss, so sind nacheinander der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister bezugsberechtigt, vorausgesetzt, dass sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Fehlen solche Berechtigte, so verbleibt der Ueberschuss der Kasse. (R.V.O. § 203).

4. Familienhilfe erhalten die unterhaltsberechtigten Ehegatten und Kinder, unter der Vorraussetzung, dass der Versicherte innerhalb der letzten 6 Monate mindestens 3 Monate versichert war, und die Berechtigten sich gewöhnlich im Inland aufhalten. (R.V.O. § 205).

Als Regelleistungen werden gewährt :

a) Familienkrankenpflege bis zur Dauer von 13 Wo-

chen; die Kosten für Arznei und kleinere Heilmittel werden aber nur zur Hälfte erstattet;

b) Familienwochenhilfe den Ehefrauen sowie solchen Töchtern, Stief- und Pflegetöchtern, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben. (R.V.O. § 205 a).

Als Mehrleistung kann die Satzung der Kasse ein Familiensterbegeld vorsehen, welches dem Versicherten beim Tode des Ehegatten oder eines Kindes und sonstiger Angehörigen, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebten, zugebilligt wird. (R.V.O. § 205 b).

Hinsichtlich der Ansprüche auf die Leistungen der Krankenversicherung ist schliesslich zu erwähnen, dass sich alle Ansprüche auf Kassenleistungen binnen zwei Jahren nach dem Tage ihrer Entstehung verjähren. (R.V.O. § 223).

III. Die Aufbringung der Mittel in der Krankenversicherung.

Das Deckungssystem in der deutschen Krankenversicherung ist das Umlageverfahren.

Die erforderlichen Mittel werden im allgemeinen von den Versicherten und ihren Arbeitgebern allein in Form von Beiträgen aufgebracht. Ursprünglich trug das Reich zu den Kosten der Familienwochenhilfe bei, und zwar erhalten die Krankenkassen entsprechend der R.V.O. (§205 d) zu den Aufwendungen für die Familienwochenhilfe einen Reichszuschuss von RM 50.— für jeden Entbindungsfall. Diese Reichszuschüsse beliefen sich im Jahre 1929 sogar auf 27 Mill. RM, dagegen im Jahre 1932 nur noch auf 0,8 Millionen RM. [1]). Nach 1932, sind dieselben in Fortfall gekommen.

Die hauptsächlichen finanziellen Mittel der Krankenversicherung — die Beiträge — sind also von den Versicherten und ihren Arbeitgebern aufzubringen. Nach der R.V.O. (§ 381) hatten die Versicherungspflichtigen 2/3 und ihre Arbeitgeber 1/3 der Beiträge

1) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung 1935. a. a. O. S. 700.

zu zahlen. Abweichungen gab es in der knappschaftlichen Krankenversicherung, wo die Beiträge nach § 117 des Reichsknappschaftsgesetzes zu 2/5 von den Arbeitgebern und zu 3/5 von den Versicherten zu tragen waren. Abweichungen waren ferner noch möglich bei den Innungskrankenkassen, wo in den Satzungen bestimmt werden konnte, dass die Arbeitgeber und die Versicherungspflichtigen je die Hälfte der Beiträge zu tragen hatten. (R. V. O. § 381).

Nach dem Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 sind aber künftig die Beiträge aller Versicherungszweige mit Ausnahme der Unfallversicherung durchweg von den Versicherten und ihren Unternehmern gemeinsam zu gleichen Teilen aufzubringen (Abschn. II, Art. 8, § 1). Trotzdem besteht die alte Lastenverteilung auch noch nach dem Inkrafttreten des Aufbaugesetzes weiter.

Die Verteilung der Beiträge zwischen Versicherten und Arbeitgebern gilt aber nur für die Versicherungspflichtigen. Die Versicherungsberechtigten dagegen haben die ganzen Beiträge allein zu tragen (R.V.O., § 381).

Die Beiträge sind in Hundertteilen der Grundlöhne festzusetzen (R.V.O., § 385). Demzufolge betrug der Beitragssatz im Durchschnitt aller Krankenkassen Ende 1934 ungefähr 5,10 v.H. des Grundlohns [1]).

Die Beiträge der Versicherungspflichtigen werden an bestimmten Zahltagen durch die Arbeitgeber an die Kasse abgeführt. Die Versicherungsberechtigten haben ihre Beiträge selbst an denselben Zahltagen einzuzahlen. Die Versicherungspflichtigen müssen sich bei den Lohnzahlungen die Beitragsteile vom Barlohn abziehen lassen. Die Arbeitgeber dürfen die Beitragsteile nur auf diesem Wege einziehen (R.V.O., § 394).

Bei der Aufbringung der Mittel durch die Versicherten selbst muss auch die Selbstbeteiligung der Versicherten an den Kosten der Krankenhilfe erwähnt werden. Der für Krankenscheingebühren

---

1) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung — a. a. O. — S. 699.

vereinnahmte Betrag belief sich im Jahre 1934 auf 9,9 Millionen RM.[1]).

Das Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 bestimmt ferner, dass für die Träger der Krankenversicherung zum Ausgleich ungerechtfertigter Verschiedenheiten in der Höhe der Beiträge und Leistungen, eine Gemeinlast eingeführt wird; die wirtschaftliche Selbstverantwortung der Krankenkassen bleibt aber unberührt. (Abschn. II, Art. 8, § 3).

Die Verwaltung der Gemeinlast ist als Gemeinschaftsaufgabe von der zuständigen Landesversicherungsanstalt durchzuführen[2]).

IV. Die Träger der Krankenversicherung.

Träger der deutschen Krankenversicherung sind zunächst die Krankenkassen, soweit es sich nicht um Gemeinschaftsaufgaben handelt.

Die Krankenkassen sind juristische Personen des öffentlichen Rechts und auch öffentlich-rechtliche Selbstverwaltungskörper.

Die Krankenkassen lassen sich einteilen in die reichsgesetzlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen.

Als reichsgesetzliche Krankenkassen kommen in Betracht: die Ortskrankenkassen, die Landkrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die knappschaft-

---

1) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung. — a. a. O. — S. 699.

2) Vergl. Lutz Richter. — Grundriss der Reichsversicherung. — a. a. O. — S. 56—57 und

Derselbe. — Zum Aufbau der Sozialversicherung. — Leipzig 1934. S. 30: „Zum Ausgleich ungerechtfertigter Verschiedenheiten in der Höhe der Beiträge und der Leistungen wird für die Träger der Krankenversicherung eine Gemeinlast — das heisst die gemeinsame finanzielle Deckung gewisser Aufgaben (die nicht „Gemeinschaftsaufgaben" sind) und zu diesem Zwecke die Abspaltung gewisser Beitragsteile für einen gemeinsamen Fonds und die Ausschüttung seiner Mittel an die besonders belasteten Krankenkassen eingeführt, wobei aber die wirtschaftliche Selbstverantwortung der Krankenkassen unberührt bleiben soll. Die Zahlung der einzelnen Kasse darf einen gewissen Bruchteil („Hundertsatz") der Grundlohnsumme nicht übersteigen; ...In die Gemeinlast sind auch die Ersatzkassen einbezogen."

lichen Krankenkassen und die Seekrankenkasse. Die Zahl der reichsgesetzlichen Krankenkassen belief sich im Oktober 1936 auf 4.662 [1]).

Zulässige Ersatzkassen gibt es sowohl für Arbeiter als auch für Angestellte.

Das Aufbaugesetz von 1934 hat, soweit es sich um Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung handelt, als neue Träger in die Krankenversicherung die Landesversicherungsanstalten eingeführt. Unter Gemeinschaftsaufgaben sind solche Aufgaben zu verstehen, die zweckmässig gemeinsam für den ganzen Bezirk einer Landesversicherungsanstalt durchgeführt werden. Diese Aufgaben wurden in der Dritten Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung vom 18. Dezember 1934 geregelt.

Als Gemeinschaftsaufgaben kommen die folgenden in Betracht:

1. der Betrieb von Heilanstalten, Erholungs- und Genesungsheimen und ähnlichen Einrichtungen, deren Bereithaltung in ausreichendem und doch sparsamen Ausmass mithin Sache der Landesversicherungsanstalten ist, während die Belegung als Leistung der Krankenversicherung durch die einzelnen Krankenkassen, im Zuge des Heilverfahrens der Invalidenversicherung aber durch die Landesversicherungsanstalten geschieht ;

2. die Durchführung der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge sowie die Beteiligung an den Aufgaben der Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik-Aufgaben, die über den Mitgliederkreis der einzelnen Krankenkassen, ja über den Kreis der Versicherten überhaupt hinausgreifen und zweckmässigerweise einheitlich in Angriff genommen werden ;

3. die Regelung des vertrauensärztlichen Dienstes der für alle Krankenkassen notwendig ist, die einzelne aber unter Umständen zu sehr belastet und der auch im Interesse seiner Unparteilichkeit dem Einfluss der einzelnen Kasse entrückt ist ;

4. die gemeinsame Verwaltung der Rücklagen der Krankenkassen — deren Ansammlung — über die laufenden Betriebsmittel hinaus — gesetzlich vorgeschrieben ist (§ 364, R.V.O.) und die auch in den Händen der Landesversicherungsanstalten zur Verfügung der einzelnen Kassen bleiben, so dass Gemeinschaftsaufgabe eben nur die Verwaltung (Anlegung usw.) der Gelder ist.

5. die Verwaltung der Gemeinlast für den Bezirk der Landesver-

1) Wirtschaft und Statistik. Herausgegeben vom Statistischen Reichsamt, 16. Jahrgang, Nr. 23, S. 929.

sicherungsanstalt — über die nähere Bestimmungen noch ausstehen (vgl. Abschn. II, Art. 8, § 3 des Aufbaugesetzes);

6. die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen und Kassenverbände — also die betriebswirtschaftliche Ueberwachung zu Vorbereitung der Abnahme der Jahresrechnung und der Aufsicht.

Die Krankenkassen haben ihrerseits die Krankenversicherung durchzuführen, d.h. sie erheben die Beiträge, gewähren die Leistungen, verwalten selbst die Fonds der Krankenversicherung usw.

Entsprechend dem Aufbaugesetz sollen die reichsgesetzlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen für Arbeiter auch örtliche Aufgaben der Invalidenversicherung für die Landesversicherungsanstalten durchführen (Abschnitt II, Art. 3, § 2). Infolgedessen unterstehen die Krankenkassen und die Ersatzkassen für Arbeiter den Weisungen der Landesversicherungsanstalt, soweit es sich um die Durchführung von Aufgaben der Invalidenversicherung und von Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung handelt (Abschnitt II, Art. 3, § 3).

Dagegen unterstehen die Ersatzkassen für die Krankenversicherung der Angestellten den Weisungen und der Aufsicht der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Das Aufbaugesetz hat auch die innere Verfassung der Krankenkassen und aller Träger der Sozialversicherung verändert. Früher hätte jede Kasse als Verwaltungsorgane je einen Ausschuss und einen Vorstand. Nach dem Aufbaugesetz fallen alle früheren Verwaltungsorgane weg und an ihrer Stelle soll jeder Versicherungsträger einen Leiter und einen Beirat haben. Das Aufbaugesetz hat also den Führergrundsatz in die innere Verfassung der Versicherungsträger eingeführt. Der Beirat setzt sich zusammen aus Versicherten des Versicherungsträgers, aus Führern von Betrieben (d.h. Arbeitgebern), aus einem Arzt und aus einem Vertreter der Gebietskörperschaft (Abschnitt II, Art. 7, § 3).

Gemäss dem Aufbaugesetz (Abschnitt II, Art. 7, § 3) wird der Beirat nur zur beratenden Unterstützung des Leiters bestellt. Eine neuere Verordnung aber, — nämlich die Vierzehnte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung vom 25. April 1936 — erteilt

dem Beirat eine gewisse Macht. Und zwar bestimmt die erwähnte Verordnung im Abschnitt II, § 5, dass man den Beirat befragen muss · 1. bei Erlass und Aenderung der Satzung, 2. bei Feststellung des Haushaltsplanes. Will der Leiter in diesen Fällen von dem Gutachten des Beirats abweichen, so entscheidet die Aufsichtsbehörde. Die Verordnung bestimmt noch, dass dem Beirat die Abnahme der Jahresrechnung und die Entlastung obliegen. Bei Ablehnung entscheidet über die strittigen Punkte die Aufsichtsbehörde.

Jede Krankenkasse muss auch eine Satzung haben, die sogar vor der Gründung der Krankenkasse vorliegen muss. (R.O.V., § 320).

Nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung können sich die Krankenkassen zu Kassenverbänden oder zu Kassenvereinigungen zusammenschliessen, um gemeinsame Interessen zu verfolgen und gemeinsame Aufgaben zweckmässig zu erledigen (R.V.O. §§ 406 ff., 414 ff.). Diese Einrichtungen waren vor dem Aufbaugesetz von sehr grosser Bedeutung für die Durchführung gewisser Gemeinschaftsaufgaben.

Die Aufsicht. Entsprechend dem Aufbaugesetz wird die Aufsicht über die reichsgesetzlichen Krankenkassen und über die Ersatzkassen der Arbeiter, von Versicherungsämtern durchgeführt. Dieses Aufsichtsrecht erfährt aber in sofern eine gewisse Einschränkung, als das entsprechende Versicherungsamt bei der Ausübung einer Aufsicht an die Weisungen des Leiters der örtlichen Landesversicherungsanstalt gebunden ist. (Abschnitt IV. § 2).

Ueber die Ersatzkassen der Angestellten führt der Leiter der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte die Aufsicht.

Die Landesversicherungsanstalten selber sind der Aufsicht des Reichsversicherungsamtes unterstellt. Die Seekrankenkassen und die Knappschaftskrankenkassen unterstehen ebenfalls unmittelbar dem Reichsversicherungsamt und nicht der Aufsicht eines Versicherungsamtes. Sowohl das Reichsversicherungsamt als auch die Versicherungsämter sind öffentliche Behörden.

§ 2. Die Unfallversicherung.

Die deutsche Unfallversicherung ist — wie fast alle Unfallversicherungen der Welt — aus dem Gedanken der besonderen Gefahrenhäufung in gewissen Betrieben und der Vorstellung von der Haftpflicht der Unternehmer entstanden. Demzufolge ist die Unfallversicherung auf dem Prinzip des beruflichen Risikos begründet.

Der organisatorische Aufbau der heutigen Unfallversicherung in Deutschland beruht auf dem Dritten Buch der Reichsversicherungsordnung und dem Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934.

Die Reichsversicherungsordnung teilt die Unfallversicherung in drei verschiedene Unterabteilungen auf:

1. die Gewerbeunfallversicherung,
2. die Landwirtschaftliche Unfallversicherung und
3. die See-Unfallversicherung.

Für alle 3 Gruppen sind aber sehr ähnliche Vorschriften erlassen, sodass es nicht notwendig erscheint, die Versicherungsgruppen getrennt zu behandeln.

1. Der Umfang der Unfallversicherung.

Die deutsche Unfallversicherung umfasst alle Arbeiter und Angestellten, ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Arbeitseinkommens, soweit sie in unfallgefährlichen Betrieben oder Tätigkeiten beschäftigt sind. Dennoch kann die deutsche Unfallversicherung nicht als eine echte Personenversicherung angesehen werden, weil sich die Unfallversicherung, abgesehen von den freiwilligen Versicherten, nicht direkt auf einzelne Personen oder Personengruppen erstreckt, sondern auf bestimmte gefährliche Betriebe und Tätigkeiten. Die Versicherten sind nicht unmittelbar versicherungspflichtig, sondern nur indirekt, dadurch, dass sie in bestimmten als unfallgefährlich erklärten Betrieben und Tätigkeiten beschäftigt sind.

Die Zahl der in der Unfallversicherung versicherten Personen betrug im Jahre 1934 ungefähr 23.500.000 Versicherte. Dem Um-

fange nach ist also die Unfallversicherung der grösste Sozialversicherungszweig Deutschlands [1]).

A. Die Versicherungspflicht erfasst alle Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge und Angestellten, die in Betrieben oder Tätigkeiten beschäftigt sind, die kraft Gesetzes als unfallgefährlich erklärt sind (R.V.O., § 544). Eine jährliche Höchstgrenze für das Arbeitseinkommen gibt es für die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung nicht.

Die als unfallgefährlich anzusehenden Betriebe und Tätigkeiten werden in der Reichsversicherungsordnung (§§ 537 ff. 915 ff., 1046 ff.) aufgezählt.

Gewerbeunfallversicherungspflichtig sind beispielsweise u. a. die folgenden Betriebsarten: Bergwerke, Salinen, Steinbrüche, Fabriken, Werften, Hüttenwerke, Apotheken, gewerbliche Brauereien, Bauhöfe, sonstige gefährliche Gewerbe- und Handwerksbetriebe, Krankenhäuser, Heil- und Pflegeanstalten, Laboratorien, Schauspielunternehmungen, Schaustellungen, der gesamte Betrieb der Eisenbahnen und der Post und Telegraphenverwaltung, die Binnenschiffahrt und sonstige Beförderungs- und Bewachungsbetriebe und sogar viele Nebenbetriebe (R.V.O. §§ 537 ff.). Der landwirtschaftlichen Unfallversicherungspflicht unterstehen ganz allgemein die landwirtschaftlichen Betriebe (R.V.O., §§ 915 ff.). In der See-Unfallversicherung unterliegen im allgemeinen die Betriebe und Tätigkeiten der Seeschiffahrt, der Seefischerei, gewisse Hilfsbetriebe der Seeschiffahrt usw. der Versicherungspflicht (R.V.O., §§ 1046 ff.).

Die Versicherungspflicht beginnt mit der Eröffnung des als unfallgefährlich erklärten Betriebes. Jeder Unternehmer eines solchen Betriebes muss Mitglied einer Berufsgenossenschaft sein; seine Mitgliedschaft beginnt ebenfalls mit der Eröffnung des Betriebes (R.V.O., § 650). Diese Mitgliedschaft ist von dem Unternehmer durch Aushang im Betriebe bekanntzumachen (R.V.O., § 651).

Arbeiter oder Angestellte (usw.) unterstehen sofort der Unfall-

---

1) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, a. a. O., S. 447 und 453.

versicherungspflicht, wenn sie in die als gefährlich erklärten Betriebe eintreten. Alter, Geschlecht, Familienstand und Staatsangehörigkeit spielen für das Vorhandensein der Versicherungspflicht keine Rolle. Gemäss der R.V.O. (§ 548) kann die Versicherungspflicht durch Satzung auch auf Betriebsunternehmer und Hausgewerbetreibende ausgedehnt werden, vorausgesetzt, dass sie Unternehmer eines als unfallgefährlich erklärten Betriebes sind.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass in der See-Unfallversicherung auch „kleine Fischer" der Versicherungspflicht unterworfen sind. Dementsprechend bestimmt die R.V.O. (§ 1058) folgendes: Versichert sind auch Unternehmer solcher gewerblicher Betriebe, die durch die Zweiganstalt der Berufsgenossenschaft versichert werden. Die Versicherungspflicht besteht, nur, wenn der Unternehmer zur Besatzung des Fahrzeugs gehört und bei dem Betrieb regelmässig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige gegen Entgelt beschäftigt.

B. Versicherungsfreiheit besteht nur kraft Gesetzes. Nach der Reichsversicherungsordnung (§ 554) sind versicherungsfrei:

a) Soldaten, die im Falle der Dienstbeschädigung einen Versorgungsanspruch haben;

b) Angehörige der Schutzpolizei;

c) Reichs-, Reichsbahn- und andere Beamte eines Landes, eines Gemeindeverbandes oder einer Gemeinde, wenn sie Anspruch auf Ruhegeld haben oder wenn für sie die Vorschriften des Unfallfürsorgegesetzes vom 18. Juni 1901 gelten;

d) Mitglieder geistlicher Genossenschaften und Schwestern von Diakonissen- und gleichartigen Mutterhäusern, wenn ihnen nach den Regeln ihrer Gemeinschaft lebenslängliche Versorgung gewährleistet ist;

C. Eine Versicherungsberechtigung besteht für folgende Personen:

a) Unternehmer sowie Binnenlotsen, die ihr Gewerbe auf eigene Rechnung betreiben (R.V.O., § 550);

b) die im Betriebe des Unternehmers tätigen Ehegatten (R.V.O., § 551);

c) Personen, die im Betriebe beschäftigt aber nicht versicherungspflichtig sind ;

d) Personen, die nicht im Betriebe beschäftigt sind, aber die Betriebsstätte besuchen oder auf ihr verkehren ;

e) Mitglieder und Angestellte der Organe der Berufsgenossenschaften (R.V.O., § 552).

II. Die Leistungen der Unfallversicherung.

Die Leistungen der deutschen Unfallversicherung werden gewährt :

1. bei Verletzung des Versicherten infolge eines Betriebsunfalles ;

2. bei Erkrankung infolge einer Berufskrankheit ;

3. beim Tod, der entweder von einem Betriebsunfall oder von einer Berufskrankheit verursacht ist.

Als Versicherungsfälle der Unfallversicherung kommen daher in Betracht : Betriebsunfälle, Berufskrankheiten und Unfalltod.

Unter Betriebsunfällen sind nicht nur die Unfälle zu verstehen, die innerhalb des Betriebes stattfinden, viel mehr ist der Begriff weiter gefasst. Allerdings muss der Betriebsunfall in einem inneren Zusammenhang mit der Beschäftigung des Versicherten im Betriebe entstanden sein, aber nach der R.V.O. gilt als Beschäftigung im Betriebe auch :

a) der mit der Beschäftigung zusammenhängende Weg nach und von der Arbeitsstätte (§ 545 a) ;

b) die mit der Beschäftigung zusammenhängende Verwahrung, Beförderung, Instandhaltung und Erneuerung des Arbeitsgerätes, auch wenn es vom Versicherten gestellt wird (§ 545 b);

c) häusliche und andere Dienste, zu denen die im Betriebe beschäftigten Versicherten von dem Unternehmer oder dessen Beauftragten herangezogen werden (§ 546, R.V.O.).

Ferner erstrecken sich die Vorschriften über die Entschädigung bei Betriebsunfällen auch auf die Lebensretter, d.h. auf diejenigen Personen, die ohne rechtlich dazu verpflichtet zu sein, unter Gefahr für Leben, Körper und Gesundheit, einen anderen aus

gegenwärtiger Lebensgefahr retten oder zu retten unternehmen und dabei einen Unfall erleiden (R.V.O., § 553 a).

Hinsichtlich der Betriebsunfälle sieht die R.V.O. (§ 557) eine völlige oder teilweise Versagung des Schadenersatzes vor, wenn der Verletzte sich den Unfall bei einem Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen hat.

Berufskrankheiten sind beispielsweise: Erkrankungen durch Blei, Phosphor, Quecksilber, Arsen, Radiumstrahlen, Grauer Star für Glasbläser, Wurmkrankheit für Bergleute, Tropenkrankheit für Seeleute usw.[1]).

Als Regelleistungen der Unfallversicherung, die in den oben erwähnten Versicherungsfällen gewährt werden, kommen in Betracht:

1. Krankenbehandlung;
2. Berufsfürsorge;
3. eine Rente oder Krankengeld, Tagegeld, Familiengeld, für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit;
4. Sterbegeld;
5. Hinterbliebenenrenten und
6. Unfallverhütung.

Die Leistungen der Unfallversicherung fallen oftmals mit denen der Krankenversicherung zusammen. In diesem Falle werden die Leistungen beider Versicherungen nicht nebeneinander gewährt, sondern sie greifen ineinander. Zwischen beiden Versicherungszweigen besteht eine enge Verbundenheit. § 559 c der R.V.O. bestimmt nämlich, dass die Verpflichtung zur Gewährung von Renten bei Verletzten, die auf Grund der Reichsversicherungsordnung gegen Krankheit versichert, mit dem Wegfall des Krankengeldes aus der Krankenversicherung beginnt, spätestens aber mit der 27. Woche nach dem Unfall. Das oben gesagte gilt nur für das Krankengeld. Was aber die Krankenpflege (d.h. die Sachleistungen) der Krankenversicherung betrifft, so hat die zuerst in Anspruch genommene Krankenkasse Krankenpflege nach ihrem Rechte zu gewähren (R.V.O. § 559 g). Wenn jedoch die Berufsgenossenschaft

1) Vergl. E. Trode: Sozialversicherungslehre. 2. Aufl. Stuttgart 1934. S. 246.

der Krankenkasse anzeigt, dass sie an einem bestimmten Tage mit der Krankenbehandlung beginnen werde, endet mit dem Beginn dieses Tages die Verpflichtung der Krankenkasse zur Gewährung der Krankenpflege (R.V.O. § 559 g).

1. Die Krankenbehandlung und die Berufsfürsorge sind Sachleistungen.

Entsprechend der R.V.O. (§ 558 a) sollen die Krankenbehandlung und die Berufsfürsorge mit allen geeigneten Mitteln versuchen, die durch den Unfall hervorgerufene Gesundheitsstörung oder Körperbeschädigung und die durch den Unfall verursachte Erwerbsunfähigkeit zu beseitigen oder wenigstens eine Verschlimmerung zu verhüten. Weiter sollen beide den Verletzten zur Wiederaufnahme seines früheren Berufes oder, wenn das nicht möglich ist, zur Aufnahme eines neuen Berufes befähigen und ihm zur Erlangung einer Arbeitsstelle verhelfen.

Die Krankenbehandlung beginnt sofort nach Eintritt des Versicherungsfalles und umfasst (R.V.O., §§ 558 b und 558 c):

a) Aerztliche Behandlung ;

b) Versorgung mit Arznei und anderen Hilfsmitteln, Ausstattung mit Körperersatzstücken, ortopädischen und anderen Heilmitteln ;

c) Gewährung von Pflege, solange der Verletzte infolge des Unfalles so hilflos ist, dass er sich nicht ohne fremde Wartung und Pflege helfen kann.

Im Falle der Unfallversicherung wird im Gegensatz zur Krankenversicherung für die Gewährung von Krankenbehandlung kein Krankenschein verlangt und keine Krankenscheingebühr erhoben.

Als Ersatzleistung für die Krankenbehandlung kann freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt (Heilanstaltspflege) oder freier Unterhalt und Pflege in einer geeigneten Anstalt (Anstaltspflege) gewährt werden (R.V.O., § 558 d).

2. Die Berufsfürsorge ist eine sehr wertvolle Leistung der Unfallversicherung, indem sie für die Wiedereinführung des Verletzten in das Wirtschaftsleben sorgt.

Nach der R.V.O. (§ 558 f) besteht die Berufsfürsorge in der Gewährung der folgenden Leistungen :

a) beruflicher Ausbildung zur Wiedergewinnung oder Erhö-

hung der Erwerbsfähigkeit und nötigenfalls sogar Ausbildung für einen neuen Beruf ;

b) Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle.

3. Für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit erhält der Verletzte bestimmte Geldleistungen wie : Krankengeld, Unfallrente, Tagegeld, Familiengeld.

a) Krankengeld wird erst vom vierten Tage der Arbeitsunfähigkeit ab gewährt, entweder von der Krankenversicherung- falls der Verletzte auch in der Krankenversicherung versichert ist- oder von der Unfallversicherung. Aus der Krankenversicherung kann der Verletzte Krankengeld für 26 Wochen erhalten. Falls er nicht in der Krankenversicherung versichert ist, erhält der Verletzte Krankengeld aus der Unfallversicherung, aber nur für 13 Wochen. Dieses Krankengeld wird dann als Unfallkrankengeld bezeichnet. Dauert die Erwerbsunfähigkeit länger als 13 bzw. 26 Wochen, wird dem Versicherten nach Ablauf dieser Zeiten eine Unfallrente gewährt.

Das Unfallkrankengeld, ebenso wie das Krankengeld der Krankenversicherung beträgt 50 v.H. des Arbeitsverdienstes.

Voraussetzung für die Gewährung des Krankengeldes ist, dass der Verletzte keinen Arbeitsentgelt mehr erhält (5. Teil, Kap. II. Abschn. 1 § 7 der Reichspräsidentenverordnung vom 8. Dezember 1931).

b) Eine Unfallrente wird demjenigen Versicherten gewährt, der nach Ablauf des Krankengeldes (26 Wochen) bzw. des Unfallkrankengeldes (13 Wochen) weiterhin arbeitsunfähig ist.

Der Anspruch auf Unfallrente beginnt grundsätzlich mit dem Tage nach dem Eintreten eines Betriebsunfalles oder einer Berufskrankheit. Wenn die Erwerbsunfähigkeit jedoch nicht länger als 13 bzw. 26 Wochen dauert, so wird dem Versicherten nur ein Krankengeld und keine Rente gezahlt werden. Nach Ablauf des betreffenden Zeitabschnittes muss eine Rente gewährt werden, wenn der Versicherte noch arbeitsunfähig ist.

Die Höhe der Unfallrente richtet sich nach dem Grade der Erwerbsfähigkeitsminderung. Bei völliger Erwerbsunfähigkeit wird die Vollrente gewährt, die 2/3 des Jahresarbeitsverdienstes beträgt, bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit wird dage-

gen nur eine Teilrente gewährt und zwar als Teil der Vollrente und im Verhältnis der Einbusse der Erwerbsfähigkeit (R.V.O., § 559 a).

Eine Rente wird nicht gewährt, wenn die Erwerbsfähigkeit eines Verletzten nur um weniger als ein Fünftel oder 20 v.H. gemindert ist. Die Rente, die gerade 20 v.H. der Vollrente ausmacht, kommt nach zweijährigem Bezug wieder in Wegfall (Reichspräsidentenverordnung vom 8. Dez. 1931, a.a.O. §§ 2 ff.).

Schwerverletzte, d.h. Verletzte, die mehr als 50 v.H. der Erwerbsfähigkeit eingebüsst haben, bekommen ausserdem Kinderzulagen in Höhe von 10 v.H. der Rente für jedes Kind bis zum vollendeten 15. Lebensjahr (R.V.O. §§ 559 b).

Alle Renten werden nach dem Jahresarbeitsverdienst berechnet, den der Verletzte während des letzten Jahres im Betriebe bezogen hat (R.V.O., § 563).

Allerdings ist für die Rentenbemessung der Höchstbetrag von 7200 RM. vorgesehen (R.V.O., § 571 c und Gesetz vom 7.12.1933). Es ist aber dabei zu beachten, dass dieser Höchstbetrag keine Höchstverdienstgrenze für das Bestehen der Versicherungspflicht ist, wie z.B. bei der Krankenversicherung, sondern nur eine Höchstgrenze für die Gewährung der Leistungen.

Bei der Unfallversicherung kommen auch Kapitalabfindungen in Frage und zwar werden sie im allgemeinen an Stelle von kleinen Renten oder auch dann gewährt, wenn der Berechtigte sich im Ausland aufhält.

Als Mehrleistung im Sinne der Unfallrenten kommt eine Erhöhung der Teilrente bis zur Vollrente in Betracht, solange der Verletzte infolge des Unfalls unverschuldet arbeitslos bleibt (RVO § 562).

c) Tagegeld. Da während der Heilanstaltspflege oder der Anstaltspflege die Rente bezw. das Krankengeld wegfällt, wird dem Versicherten für diese Zeit ein Tagegeld gewährt. Das Tagegeld entspricht jährlich insgesamt 1/20 des Jahresarbeitsverdienstes (R.V.O., § 559 e). Ferner erhalten die Familienangehörigen des Verletzten ein

d) Familiengeld in Höhe der Rente, die ihnen beim Tode des Versicherten zustehen würde.

4. Sterbegeld wird beim Unfalltod eines Versicherten gewährt, d. h. wenn der Tod entweder durch einen Betriebsunfall oder eine Berufskrankheit erfolgt ist. Nach der R.V.O. (§ 586) beträgt das Sterbegeld ein Fünfzehntel des Jahresarbeitsverdienstes; jedoch ist ein Mindestbetrag von 50 RM vorgesehen (§ 2 der Verordnung vom 17. Mai 1924).

Das Sterbegeld ist an denjenigen zu zahlen, der die Bestattung besorgt hat. Verbleibt ein Ueberschuss, so steht dieser den Hinterbliebenen zu.

5. Hinterbliebenenrenten sind beim Unfalltod eines Versicherten, seinen Familienangehörigen vom Todestage ab zu gewähren.

Die Witwe erhält eine Rente von 1/5 des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen bis zu ihrem Tode oder ihrer Wiederverheiratung. Die Witwen, die wenigstens die Hälfte ihrer Erwerbsfähigkeit verloren haben, erhalten 2/5 des Jahresarbeitsverdienstes als Rente. Heiratet die Witwe wieder, so erhält sie eine Abfindung in Höhe von 3/5 des Jahresarbeitsverdienstes (R.V.O., § 588).

Der Witwer erhält, falls er bedürftig ist, eine Rente in Höhe von 2/5 des Jahresarbeitsverdienstes bis zu seinem Tode oder seiner Wiederverheiratung, unter der Voraussetzung, dass die Unfallverstorbene Ehefrau ihn wegen seiner Erwerbsunfähigkeit ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienst unterhalten hat (R.V.O., § 589).

Jedes Kind des tödlich Verunglückten erhält eine Rente von 1/5 des Jahresarbeitsverdienstes bis zum vollendeten 15. Lebensjahr. In einigen bestimmten Fällen wie Schul- oder Berufsausbildung, oder wenn das Kind infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen ausserstande ist, sich selbst zu erhalten, kann die Rentenzahlung bis zum vollendeten 21. Lebensjahr verlängert werden (R.V.O., § 591).

Die Verwandten aufsteigender Linie, die der Verstorbene aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat, erhalten für die Dauer ihrer Bedürftigkeit eine Rente von zusammen 1/5 des Jahresarbeitsverdienstes (R.V.O., § 593).

Alle Hinterbliebenenrenten dürfen zusammen aber nicht mehr als 4/5 des Jahresarbeitsverdienstes übersteigen (R.V.O., § 595).

6. Die Unfallverhütung. Sie gehört ebenfalls zu den Regelleistungen der deutschen Unfallversicherung und hat heute eine sehr grosse Bedeutung.

Die Berufsgenossenschaften haben neben der Gewährung von Leistungen die Aufgabe, auch für die Verhütung von Unfällen in Betrieben, und beim Eintreten der Unfälle für eine wirksame erste Hilfe zu sorgen (R.V.O., § 848).

Nach dem § 848 a der R.V.O. sind die Berufsgenossenschaften verpflichtet, die erforderlichen Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen:

a) hinsichtlich der Einrichtungen und Anordnungen, welche die Mitglieder zur Verhütung von Unfällen in ihren Betrieben zu treffen haben,

b) hinsichtlich des Verhaltens, das die Versicherten zur Verhütung von Unfällen in den Betrieben zu beobachten haben.

In den Unfallverhütungsvorschriften können den Mitgliedern Verpflichtungen für die erste Hilfe bei Unfällen und den Verletzten Verpflichtungen für ihr Verhalten bei Unfällen auferlegt werden (R.V.O., § 848 b).

Die Berufsgenossenschaften müssen ferner für die Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften Sorge tragen; zu diesem Zwecke sollen sie technische Aufsichtsbeamte einstellen. Die Unternehmer sind dann verpflichtet, den technischen Aufsichtsbeamten den Zutritt zu ihren Betriebsstätten während der Betriebszeit zu gestatten (R.V.O. § 878).

III. Die Aufbringung der Mittel der Unfallversicherung.

Das Deckungssystem in der deutschen Unfallversicherung ist das Umlageverfahren; allerdings mit der Auflage einen Reservefonds zu bilden, der die kommenden Umlagen mildern soll [1]). Die Berufsgenossenschaften sind sogar nach § 741 der RVO

1) Vergl. Moldenhauer: Art. Sozialversicherung, Handwörterbuch der Staatswissenschaften. 4. Auflage 1929. Jena, Ergänzungsband. S. 835.

verpflichtet, Rücklagen anzusammeln und zwar werden die Rücklagen durch Zuschläge zu den Entschädigungsbeträgen gebildet (R.V.O., § 742).

In einigen deutschen Berufsgenossenschaften ist allerdings für die Aufbringung der Mittel in der Unfallversicherung das Kapitaldeckungsverfahren massgebend, und zwar im Jahre 1934 bei:

der Genossenschaft für reichsgesetzliche Unfallversicherung;

den Zweiganstalten der Baugewerksberufsgenossenschaften und

den Zweiganstalten der Tiefbauberufsgenossenschaften und der Seeberufsgenossenschaft [1]).

Die Mittel der Unfallversicherung sind von den Arbeitgebern allein in Form von Beiträgen aufzubringen.

Die R. V. O. (§ 736) bestimmt, dass sowohl die Beiträge der Mitglieder als auch das Vermögen der Berufsgenossenschaften nur zur Durchführung bestimmter Aufgaben verwendet werden darf, so wie :

a) Deckung der Entschädigungen und Verwaltungskosten;

b) Ansammlung der Rücklagen;

c) Zahlung des Postvorschusses, Tilgung und Verzinsung der schwebenden Schuld;

d) Belohnung für Rettung Verunglückter;

e) Unfallverhütung;

f) Beschaffung von Arbeitsgelegenheit für Unfallverletzte;

g) Errichtung von Heil- oder Genesungsanstalten.

Die Beiträge werden nach dem Entgelt, den die Versicherten jährlich in den Betrieben verdient haben, sowie nach den Gefahrtarifen berechnet (R. V. O. — § 732). Der Gefahrentarif enthält mehrere Gefahrenklassen, in die die Betriebe ihrer Gefährlichkeit entsprechend, eingegliedert werden. Folglich sind die Beiträge der Unternehmer gefährlicher Betriebe höher als die der anderen.

Die Erhebung der Beiträge. Die Unternehmer haben ihre Beiträge durch Zahlung an die Berufsgenossenschaften selber abzuführen.

---

1) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung. a. a. O. S. 154-159.

IV. Die Träger der Unfallversicherung.

Als Versicherungsträger der deutschen Unfallversicherung kommen vor allem die Berufsgenossenschaften in Betracht. Neben ihnen gibt es noch bestimmte zugelassene Sonderanstalten.

Die Berufsgenossenschaften sind juristische Personen des öffentlichen Rechts und gleichzeitig Selbstverwaltungskörper. Die Zahl der Berufsgenossenschaften belief sich im Jahre 1934 auf 101: davon waren 63 gewerbliche, 37 landwirtschaftliche und eine See-Berufsgenossenschaft. Hierzu kommen noch die 193 vorhandenen Ausführungsbehörden[1]).

Die Berufsgenossenschaften können auch Zweiganstalten unterhalten; beispielsweise hatten die gewerblichen Berufsgenossenschaften im Jahre 1934 14 Zweiganstalten[2]).

Die Berufsgenossenschaften werden für grössere Bezirke oder für das ganze Reichsgebiet für bestimmte Berufszweige gebildet. Sie umfassen alle Unternehmer, deren Betriebe diesen bestimmten Berufszweigen zugehören. Die Berufsgenossenschaften sind also berufliche Versicherungsträger, weil sie auf dem Berufsprinzip aufgebaut sind.

Die Berufsgenossenschaften könnten auch als „Zwangsvereinigungen versicherungspflichtiger Betriebe"[3]) bezeichnet werden.

Für die innere Verfassung der Berufsgenossenschaften ist das Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 massgebend. Früher waren die Organe der Berufsgenossenschaften — der Vorstand und die Genossenschaftsversammlung. Das Aufbaugesetz hat diese Organe abgeschafft und an ihre Stelle hat es einen Leiter und einen Beirat eingesetzt[4]).

Neben den Berufsgenossenschaften gibt es noch eine bestimmte Anzahl zugelassener Sonderanstalten. Diese ausserordent-

---

1) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, a. a. O. S. 431 ff.

2) Ebenda.

3) E. Trode: Sozialversicherungslehre, a. a. O. S. 249.

4) Betreffend den Leiter und den Beirat gelten dieselben Vorschriften wie bei der Krankenversicherung. Siehe dann wieder S. 177-178, dieser Arbeit.

lichen Träger der Unfallversicherung sind: das Reich, die Länder, die Gemeinden, die Gemeindeverbände, die Reichsbahngesellschaft, usw. für die Betriebe und Tätigkeiten die für ihre Rechnung ausgeübt werden.

Die Aufgaben dieser Sonderanstalten werden an Stelle der Berufsgenossenschaften von bestimmten Ausführungsbehörden durchgeführt (R. V. O. — §§ 892 ff.).

Als Versicherungsträger der Unfallversicherung können auch die Gemeindeunfallversicherungsverbände in Betracht kommen. Diesbezüglich bestimmt die R. V. O. (§ 627), dass die oberste Verwaltungsbehörde mehrere Gemeinden, die sie zur gemeinsamen Durchführung der Unfallversicherung für leistungsunfähig hält, zu einem Verbande vereinigen und diesen zum Versicherungsträger erklären kann. Ferner sollen die Landesversicherungsanstalt und der Gemeindeunfallversicherungsverband des gleichen Bezirkes nach dem Aufbaugesetz (Aschn. II, Art. 2 § 2) eine Verwaltungsgemeinschaft unter einheitlicher Führung bilden.

Die Aufsicht wird von dem Reichsversicherungsamt selbst über alle Träger der Unfallversicherung — Berufsgenossenschaften, Sonderanstalten, Gemeindeunfallversicherungsverbände — ausgeübt (Aufbaugesetz, Abschn. IV, § 2).

§ 3. Die Rentenversicherung der Arbeiter — (Invalidenversicherung).

Die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenen-Versicherung wird in dem Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 als Rentenversicherung der Arbeiter bezeichnet, jedoch ist sie ihrem Wesen nach grundsätzlich dieselbe Invalidenversicherung geblieben, wie sie im vierten Buch der Reichsversicherungsordnung dargestellt ist. Was die Neuerung des Aufbaugesetzes anbetrifft, so hat das Gesetz die Träger der Kranken- und Invalidenversicherung für bestimmte Aufgaben zu einer einheitlichen Organisation verbunden und dementsprechend die Aufgaben der Landesversicherungsanstalten erweitert. Ferner hat das Aufbaugesetz das Führerprinzip hinsichtlich der inneren Verfassung der Versicherungsträger eingeführt.

I. Der Umfang der Rentenversicherung der Arbeiter.

Die Invalidenversicherung umfasst fast nur Arbeiter und ähnliche werktätige Personen, aber nicht die Angestellten, für die die Angestelltenversicherung zuständig ist. Die Invalidenversicherung umfasste im Jahre 1934 ungefähr 17.300.000 Versicherte [1]).

A. Die Versicherungspflicht erstreckt sich, entsprechend der R. V. O. (§ 1226) über die folgenden Personen:

1. Arbeiter, Gesellen, Hausgehilfen;
2. Hausgewerbetreibende;
3. Die Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge und die Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt, mit Ausnahme der Schiffsführer, Offiziere des Decks- und Maschinendienstes, Verwalter und Verwaltungsassistenten sowie der in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung befindlichen Angestellten, soweit sie nach dem Angestelltenversicherungsgesetz versicherungspflichtig oder versicherungsfrei sind;
4. Gehilfen und Lehrlinge, soweit sie nicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetze versicherungspflichtig oder versicherungsfrei sind.

Eine wichtige Voraussetzung für die Versicherungspflicht hinsichtlich der oben genannten Personen ist die Beschäftigung gegen Entgelt. Eine Ausnahme machen nur die Hausgewerbetreibenden. Im übrigen ist eine Beschäftigung für die als Entgelt nur freier Unterhalt gewährt wird, versicherungsfrei (R. V. O. — § 1227).

Ferner können unter die Versicherungspflicht Angehörige der Schutzpolizei sowie Soldaten gestellt werden, wenn sie bei ihrer vorgesetzten Dienststelle die Versicherung beantragen (R. V. O. — § 1226a).

Gemäss dem § 1228 der R. V. O. sind auch diejenigen Deutschen versicherungspflichtig, die bei einer amtlichen Vertretung des Reiches oder eines deutschen Landes im Ausland oder bei deren Leitern oder Mitgliedern beschäftigt sind.

Schliesslich kann der Reichsarbeitsminister allgemein oder in einzelnen Bezirken die Versicherungspflicht für bestimmte Berufszweige auf Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer aus-

1) Amtl. Nachr. für Reichsversicherung, a. a. O. S. 447.

dehnen, die in ihren Betrieben regelmässig keinen oder höchstens einen Versicherungspflichtigen beschäftigen (R.V.O. — § 1229).

Für das Vorhandensein der Versicherungspflicht spielt das Alter der Versicherten keine Rolle. Früher gab es eine untere Altersgrenze, indem das 16. Lebensjahr überschritten sein musste. Diese untere Altersgrenze wurde aber im Jahre 1922 aufgehoben.

B. Die Versicherungsfreiheit entsteht wie in der Krankenversicherung entweder kraft Gesetzes oder auf Antrag.

1. Kraft Gesetzes sind folgende Personen versicherungsfrei:

a) Personen, die ohne Entgelt beschäftigt sind, mit Ausnahme der Hausgewerbetreibenden, oder die als Entgelt nur freien Unterhalt bekommen;

b) bei vorübergehenden Dienstleistungen nach ministerieller Bestimmung (R. V. O. § 1232);

c) Personen, die in Betrieben oder im Dienste des Reiches, der deutschen Reichsbahn-Gesellschaft, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers bschäftigt sind, wenn ihnen Anwartschaft auf gleiche Renten wie in der Invalidenversicherung gewährleistet ist (R. V. O. — § 1234);

d) Beamte, die in den oben genannten Betrieben und Diensten beschäftigt sind, sowie Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten, solange sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden (R. V. O. — § 1235);

e) Personen, die während der wissenschaftlichen Ausbildung für ihren zukünftigen Beruf gegen Entgelt tätig sind (R. V. O. § 1235);

f) Invaliden oder Personen, die eine Invaliden-, Witwen- oder Waisenrente nach den Vorschriften der R. V. O. oder des Angestelltenversicherungsgesetzes beziehen (R. V. O. — § 1236).

2. Auf ihren Antrag werden von der Versicherungspflicht folgende Personen befreit:

a) Personen, die Ruhegeld aus der Angestelltenversicherung oder eine knappschaftliche Pension beziehen (R. V. O. — § 1237);

b) Personen, denen vom Reiche, der Deutschen Reichsbahngesellschaft, einem Lande, einem Gemeindeverband, einer Gemein-

de, einem Versicherungsträger, oder denen auf Grund früherer Beschäftigung als Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im Mindestbetrage der Invalidenrente und daneben Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge gewährleistet ist (R. V. O. — § 1237);

c) versicherungspflichtige Personen, die während oder nach der Zeit eines Hochschulunterrichts zur Ausbildung für ihren künftigen Beruf oder in einer Stellung beschäftigt werden, die aber den Übergang zu einer der Hochschulbildung entsprechenden versicherungsfreien Beschäftigung bildet (R. V. O. — § 1238);

d) Personen, die nur ausnahmsweise Lohnarbeit verrichten, sonst aber ihren Unterhalt selbständig erwerben oder ohne Entgelt tätig sind (R. V. O. — § 1239).

C. Bei der Versicherungsberechtigung gibt es, wie auch bei der Krankenversicherung zwei Arten: 1) die Selbstversicherung und 2) die Weiterversicherung.

1. Die Möglichkeit einer Selbstversicherung besteht nach § 1243 der R. V. O. für die folgenden Personen:

a) Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmässig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen;

b) Personen, die kraft Gesetzes versicherungsfrei sind, entweder weil sie als Entgelt nur freien Unterhalt erhalten oder weil sie nur vorübergehende Dienstleistungen verrichten.

Es ist jedoch Vorbedingung, dass der freiwillig Versicherte beim Eintritt in die Versicherung das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten hat.

2. Die Weiterversicherung. Gemäss § 1244 der R. V. O. können diejenigen Personen, die aus einem versicherungspflichtigen Verhältnis ausgeschieden sind, ihre Versicherung freiwillig fortsetzen.

II. Die Leistungen der Rentenversicherung der Arbeiter.

Erste Voraussetzung für die Gewährung der Leistungen der Invalidenversicherung ist der Eintritt eines bestimmten Versicherungsfalles.

Als Versicherungsfälle für die Invalidenversicherung kommen die folgenden in Betracht:

a) Invalidität, die dauernd oder vorübergehend sein kann;

b) Alter und

c) Tod.

Der Versicherungsfall des Todes kommt nur für die Gewährung von Hinterbliebenenrenten in Betracht, weil in der Invalidenversicherung kein Sterbegeld gewährt wird. Dem Tode wird die Verschollenheit als Versicherungsfall gleichgestellt.

Andere wichtige Voraussetzungen für die Gewährung der Leistungen sind: die Erfüllung einer bestimmten Wartezeit und die Erhaltung der Anwartschaft.

1. Die Erfüllung der Wartezeit. Die Wartezeit ist die für die Entstehung des Rechtsanspruches auf Leistungen notwendige Versicherungsdauer, während deren Beiträge entrichtet sein müssen.

Nach der R. V. O. (§ 1262) dauert die Wartezeit gewöhnlich 250 Beitragswochen. Sind aber weniger als 250 Beitragswochen auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt, so beträgt die Wartezeit 500 Beitragswochen. Schliesslich wird die Wartezeit auf 750 Beitragswochen verlängert, wenn es sich um die Gewährung der Altersrente wegen Vollendung des 65. Lebensjahres handelt (R. V. O. — § 1262).

Für die Erfüllung der Wartezeit sind aber auch bestimmte Ersatzzeiten vorgesehen, in denen keine Beitragsentrichtung erforderlich ist.

Nach der R. V. O. (§ 1263) gelten als Ersatzzeiten für die Erfüllung der Wartezeit die vollen Kalenderwochen, in denen der Versicherte:

a) wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen;

b) zur Erfüllung der Wehrpflicht vor dem 1. August 1914 eingezogen gewesen ist;

c) in Mobilmachungs- oder in Kriegszeiten dem Deutschen Reiche, während des Weltkrieges auch einem mit ihm verbündeten oder befreundeten Saate militärische Dienste geleistet hat.

Diese Ersatzzeiten gelten als Pflichtbeitragswochen (R. V. O. § 1263).

2. Die Erhaltung der Anwartschaft bedingt, dass die Beiträge innerhalb einer gewissen Zeit und mit einer gewissen Regelmässigkeit entrichtet wurden.

Der R. V. O. (§ 1265) entsprechend, wird die Anwartschaft nur erhalten, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungstage mindestens 20 Beitragswochen zurückgelegt wurden. Im Falle der freiwilligen Selbstversicherung sind aber mindestens 40 Beitragswochen erforderlich.

Indessen gilt die Anwartschaft auch dann als erhalten, wenn der Versicherte in der Zeit zwischen dem erstmaligen Eintritt in die Versicherung und der Entstehung des Versicherungsfalles mindestens 3/4 der Wochenbeiträge entrichtet hat.

Für die Erhaltung der Anwartschaft gibt es ebenso wie für die Erfüllung der Wartezeit bestimmte Ersatzzeiten. Neben den bei der Wartezeit erwähnten Ersatzzeiten kommen hier noch in Betracht:

a) Zeiten der Arbeitslosigkeit, während deren der Versicherte Arbeitslosen- oder Krisenunterstützung erhalten hat;

b) Zeiten ohne versicherungspflichtige Beschäftigung, während deren der Versicherte bestimmten Renten aus bestimmten anderen Quellen erhalten hat;

c) Zeiten, in denen der Versicherte bei der deutschen Wehrmacht oder einem dem Deutschen Reiche verbündeten oder befreundeten Staate freiwillige Kriegskrankenpflege geleistet hat (R. V. O. — § 1266).

Ist die Anwartschaft erloschen, so sind die entrichteten Beiträge keineswegs verloren. Die erloschene Anwartschaft lebt wieder auf, wenn der Versicherte von neuem 200 Beitragswochen zurückgelegt hat (R. V. O. — § 1267). Es ist dabei gleichgültig, ob diese Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung entrichtet worden sind.

Wenn der Versicherte aber bei der Erneuerung des Versicherungsverhältnisses das 60. Lebensjahr bereits vollendet hat, lebt die Anwartschaft nur dann wieder auf, wenn vor ihrem Erlöschen

mindestens 1000 Wochenbeiträge entrichtet worden waren (R. V. O. — § 1267).

Hat der Versicherte erst das 40. Lebensjahr vollendet, so lebt die Anwartschaft nur unter der Bedingung wieder auf, wenn vor dem Erlöschen mindestens 500 und nunmehr erneut 500 weitere Wochenbeiträge entrichtet werden (R. V. O. — § 1267).

Regelleistungen der Invalidenversicherung sind die Renten. Da die Gewährung von Renten in der Invalidenversicherung bei weitem die wichtigste und hauptsächlichste Leistung ist, kann man wohl sagen, dass die Invalidenversicherung im wesentlichen nur Geldleistungen gewährt.

Die Renten werden in Invaliden- und Hinterbliebenenrenten, so wie in Witwen-, Witwer- und Waisenrenten eingeteilt:

1. Invalidenrente erhält, nach Erfüllung der Wartezeit und bei Erhaltung der Anwartschaft der Versicherte, der dauernd oder vorübergehend invalide ist, oder der das 65. Lebensjahr vollendet hat (R. V. O. — § 1253).

Was unter dem Begriff „Invalidität" zu verstehen ist, bestimmt die R. V O. im § 1254: Als invalide gilt der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte nicht imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art und mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.

Der Versicherte ist vorübergehend invalide, wenn seine Invalidität ununterbrochen 26 Wochen gedauert hat oder nach Wegfall des Krankengeldes — 26 Wochen — noch besteht (R. V. O. § 1253).

Die Invalidenrente setzt sich aus drei Teilleistungen zusammen, dem Grundbetrag, dem Steigerungsbetrag und dem Kinderzuschuss. Der Steigerungsbetrag wird auf Grund von 10 Lohn- und Beitragsklassen errechnet, die nach der Höhe des wöchentlichen Arbeitsverdienstes der Versicherten gebildet werden.

Der Grundbetrag, der vom Reiche getragen wird, beträgt 72 RM jährlich und ist für alle Klassen gleich.

Der Steigerungsbetrag, der mindestens 72 RM jährlich betragen muss, wird von den Versicherungsträgern allein getragen. Er wird entsprechend den Wochenbeiträgen der 10 Klassen berechnet und beträgt jährlich:

in der Klasse	I 8 Rpf	in der Klasse	VI 38 Pf
„ „ „	II 14 „	„ „ „	VII 44 „
„ „ „	III 20 „	„ „ „	VIII 50 „
„ „ „	IV 26 „	„ „ „	IX 56 „
„ „ „	V 32 „	„ „ „	X 62 „

Für die Beiträge, die während der Zeit des Währungsverfalles — 1. Oktober 1921 bis zum 31. Dezember 1923 — entrichtet wurden, wird kein Steigerungsbetrag gewährt (R. V. O. — § 1268).

Der Kinderzuschuss ist gleich für alle Klassen und beträgt 90 RM jährlich für jedes Kind bis zum vollendeten 15. Lebensjahr.

2. Als Hinterbliebenenrenten kommen in Betracht: Witwen-, Witwer- und Waisenrenten.

Die Hinterbliebenenrenten werden beim Tode eines Versicherten gewährt unter der Voraussetzung, dass die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft erhalten wurde.

a) Witwenrente wird nach dem Tode des versicherten Ehemannes der Witwe gewährt, wenn sie dauernd oder vorübergehend invalide ist oder das 65. Lebensjahr vollendet hat (R. V. O. § 1256). Die Witwenrente besteht aus Grund- und Steigerungsbetrag. Der Grundbetrag ist einheitlich auf 72 RM festgesetzt und wird vom Reiche getragen. Der Steigerungsbetrag beträgt 5/10 des Steigerungsbetrages der Invalidenrente, die der Versicherte erhalten hätte. Heiratet die Witwe wieder, so bekommt sie nur eine einmalige Abfindung in Höhe der Jahresrente (R. V. O. § 1287).

b) Witwerrente erhält der erwerbsunfähige bedürftige Ehemann nach dem Tode seiner versicherten Ehefrau, wenn er von der Verstorbenen überwiegend unterhalten wurde (R. V. O. § 1257). Die Witwerrente besteht ebenso wie die Witwenrente aus einem vom Reiche getragenen Grundbetrag von 72 RM jährlich und

einem Steigerungsbetrag, der 5/10 des Steigerungsbetrages der Invalidenrente beträgt. Bei Wiederverheiratung fällt die Rente weg; es wird in diesem Falle keine Abfindung gewährt (R. V. O. § 1287).

c) Waisenrente erhalten nach dem Tode des Versicherten seine Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahre. Nach § 1258 der R. V. O. gelten als Kinder: die ehelichen, die für ehelich erklärten, die an Kindesstatt angenommenen, die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft festgestellt ist und die unehelichen Kinder einer Versicherten.

Die Waisenrente besteht aus einem vom Reiche getragenen Grundbetrag von 36 RM jährlich, und aus einem Steigerungsbetrag in Höhe von 4/10 des Steigerungsbetrages der Invalidenrente.

In Bezug auf die Gesamthöhe der einzelnen Renten wird vorausgesetzt, dass alle Hinterbliebenenrenten zusammen nicht höher als die Rente sein dürfen einschliesslich des Kinderzuschusses, die dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes zugestanden hätte (R.V. O. — § 1273).

Beginn und Wegfall der Renten. Jede Rente beginnt regelmässig mit dem ersten Tage des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Voraussetzungen für ihre Gewährung erfüllt sind. Wird der Antrag später gestellt, so beginnt die Rente mit dem ersten Tage des Monats, der auf den Antragsmonat folgt (R. V. O. — § 1286). Die Rentenzahlungen hören auf mit dem Ablauf des Monats, in welchem der Rentenempfänger stirbt, oder sich wiederverheiratet (Witwen- und Witwerrenten), oder das 15. Lebensjahr vollendet hat (Waisenrente). Für den Sterbemonat und den Monat, in dem das Ruhen der Rente eintritt, wird die Rente noch voll gezahlt (R. V. O. — § 1290).

Zahlung der Renten. Die Renten werden durch die Deutsche Reichspost ausgezahlt, und zwar in der Regel durch die Postanstalt, in deren Bezirk der Empfänger wohnt (R. V. O. § 1297).

Entziehung der Renten. Die Rente wird entzogen, wenn infolge einer wesentlichen Aenderung die Voraussetzungen für deren Bezug nicht mehr vorliegen, d. h. wenn der Empfänger nicht mehr invalide ist (bei Invaliden- und Witwenrenten) oder

wenn er nicht mehr erwerbsunfähig und bedürftig ist (bei Witwenrenten) (R. V. O — §§ 1293 ff.).

Ruhen der Renten. Die Rente ruht:

a) wenn der Rentenempfänger eine Freiheitsstrafe von mehr als einem Monat zu verbüssen hat;

b) solange der berechtigte Ausländer sich freiwillig gewöhnlich im Ausland aufhält oder wenn er wegen der Verurteilung in einem Strafverfahren aus dem Reichsgebiet verwiesen war;

c) solange der berechtigte Inländer sich im Auslande aufhält und es unterlässt, der Versicherungsanstalt seinen Aufenthaltsort mitzuteilen (R. V. O. — §§ 1274 ff.).

Beim Zusammentreffen mehrerer Renten, die entweder nur aus der Invalidenversicherung allein oder aus ihr und auch aus der Unfall- ,Angestellten- oder Knappschaftsversicherung gewährt werden, erhält der Berechtigte nur eine und zwar die höchste Rente (R. V. O. — § 1279).

Als Ersatzleistungen für die Gewährung der Renten kommen in Betracht die Unterbringung in einem Invaliden- oder einem Waisenhaus und die Gewährung der Renten bis zu 2/3 in Sachen statt in bar.

Gemäss § 1303 der R. V. O. kann durch die Satzung einer Versicherungsanstalt die Unterbringung eines Berechtigten in einem Invaliden- oder Waisenhaus oder in einer ähnlichen Anstalt gegen ganzen oder teilweisen Wegfall der Rente vorgesehen werden. Ferner bestimmt § 1301 der R. V. O., dass Gemeinden oder Gemeindeverbände mit Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde statuarisch bestimmen können, dass Renten bis zu 2/3 nicht bar, sondern in Sachen gewährt werden.

Schliesslich bestimmt § 1251 der R. V. O. hinsichtlich der Mehrleistungen, dass der Reichsarbeitsminister ermächtigt ist, Ergänzung der Regelleistung durch Mehrleistungen zuzulassen.

3. Heilverfahren können vom Versicherungsträger gewährt werden, wenn zu erwarten ist, dass entweder die infolge einer Erkrankung drohende Invalidität eines Versicherten oder einer Witwe abgewendet werden kann, oder dass der Empfänger

einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente wieder erwerbsfähig werden wird (R. V. O. — § 1310).

Aus diesen Gründen kann die Versicherungsanstalt die Erkrankten in einem Krankenhaus oder in einer Anstalt für Genesende unterbringen. (R. V. O. — § 1311).

Während der Dauer des Heilverfahrens kann die entsprechende Rente ganz oder teilweise entzogen werden. Die Familienangehörigen der Erkrankten erhalten aber während des Heilverfahrens ein Hausgeld, vorausgesetzt, dass der Erkrankte sie überwiegend unterhalten hat (R. V. O. — § 1312).

Wenn sich ein Berechtigter ohne triftigen Grund einem aussichtsvollen Heilverfahren entzieht, kann ihm die Rente für die Zeit, in der er dieses Heilverfahren ablehnt, ganz oder teilweise versagt werden (R. V. O. — § 1313).

III. Die Aufbringung der Mittel in der Rentenversicherung der Arbeiter.

Das Deckungssystem der deutschen Invalidenversicherung ist das Anwartschaftsdeckungsverfahren.

Die für die Durchführung der Aufgaben der Invalidenversicherung notwendigen Mittel werden vom Reiche, den Arbeitgebern und den Versicherten zusammen aufgebracht.

Das Reich trägt insofern bei, als es die Grundbeträge der Renten gewährt und zwar 72 RM jährlich für jede Invaliden-, Witwen- und Witwerrente und 36 RM jährlich für jede Waisenrente und überdies einen jährlichen Gesamtbetrag in Höhe von 200 Millionen RM (R. V. O. — § 1384) zur Verfügung stellt.

Die hauptsächlichsten Kapitalien werden jedoch von den Versicherten selbst und ihren Arbeitgebern in Gestalt der Beiträge aufgebracht.

Ferner ist auch die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung an der Aufbringung der Mittel in etwa beteiligt, da sie zur Deckung des Aufwandes für Arbeitslose 50 Rpf monatlich für jeden Arbeitslosen zahlt, um dessen Anwartschaft aufrechtzuerhalten (R. V. O. — § 1385).

Die Beiträge werden im allgemeinen je zur Hälfte von den Versicherten und ihren Arbeitgebern entrichtet.

Für einen Versicherten aber, dessen regelmässiger, wöchentli-

cher Entgelt 6 RM nicht übersteigt, muss der Arbeitgeber den ganzen Beitrag allein tragen (R. V. O. — § 1432).

Auf der anderen Seite müssen die freiwillig Versicherten den ganzen Beitrag allein aufbringen.

Die Beiträge sind gegenwärtig in § 1390 der R. V. O. festgelegt. Künftig hat der Reichsarbeitsminister im Einvernehmen mit dem Reichsminister der Finanzen und dem Reichswirtschaftsminister, je nach den Ergebnissen der alle zwei Jahre aufzustellenden versicherungstechnischen Bilanzen, die Beitragssätze zu bestimmen und die Höhe der Beiträge für die verschiedenen Klassen gleichmässig nach dem Endbetrage jeder Lohnklasse zu bemessen (R. V. O. — § 1392).

Für die Berechnung der Beiträge sind 10 Lohn- und Beitragsklassen für das ganze Reich gebildet worden. Für die versicherungspflichtigen Versicherten kommen nur die ersten 8 Klassen in Betracht; die freiwillig Versicherten aber können sich in allen 10 Klassen mindestens jedoch in der zweiten Klasse versichern (R. V. O. — § 1440).

In der Invalidenversicherung ist auch eine sogenannte Höherversicherung zugelassen, derzufolge die Versicherungspflichtigen sich freiwillig in einer höheren als die pflichtmässig vorgesehene Beitragsklasse versichern können. In diesem Falle ist der Arbeitgeber zum höheren Beitrag nur dann verpflichtet, wenn dieser mit dem Versicherten schon vorher vereinbart war (R. V. O. § 1389).

Die 10 Lohnklassen und ihre entsprechenden Beiträge sind die folgenden (R. V. O. — §§ 1387, 1388 und 1390):

Lohnklasse	für wöchentlichen Arbeitsentgelt von mehr als	bis zu	Wochenbeitrag
I	— RM	6 RM	30 RPf.
II	6	12	60
III	12	18	90
IV	18	24	120
V	24	30	150
VI	30	36	180
VII	36	42	210
VIII	42	—	240
	für freiwillige Höherversicherung		
IX	—	—	270 RPF
X	—	—	300 „

Für die Entrichtung der Beiträge wird das Markenverfahren angewendet, d. h. die Beitragsentrichtung geschieht dadurch, dass wöchentlich die entsprechenden Marken in Quittungskarten eingeklebt werden.

Die Marken sind einheitlich für das ganze Deutsche Reich festgelegt und müssen die Bezeichnung der Lohnklasse und des Geldwertes enthalten. Sie werden von den Postanstalten verkauft; aber auch die Versicherungsanstalten selbst können besondere Verkaufsstellen für die Marken einrichten.

Die Quittungskarte wird in einer Ausgabestelle, gewöhnlich bei der Ortspolizeibehörde, ausgestellt. Der Versicherte ist verpflichtet, sich selbst die Quittungskarte ausstellen zu lassen und sie dann dem Arbeitgeber vorzulegen, damit dieser wöchentlich die Marken einklebt und entwertet.

Die Quittungskarte soll vor allem Jahr und Tag der Ausstellung, Name, Beruf, Geburtstag und Ort des Versicherten enthalten.

Die Quittungskarten bieten Raum für mindestens 52 Wochenmarken und sollen spätestens binnen zwei Jahren nach dem Tage der Ausstellung zum Umtausch eingereicht werden (R. V. O. — §§ 1418, 1420). Verlorene, unbrauchbar gewordene oder zerstörte Karten werden durch neue ersetzt (R. V. O. — § 1421).

Hinsichtlich des Einzugsverfahrens in der Invalidenversicherung ist schliesslich noch darauf hinzuweisen, dass das Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 den Reichsarbeitsminister ermächtigt hat, Vorschriften über einen einheitlichen Beitragseinzug für die Kranken- und Rentenversicherungen (sowohl der Arbeiter als auch der Angestellten) zu erlassen. (Abschn. II, Art. 8 § 4).

VI. Die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter.

In der deutschen Invalidenversicherung gibt es zwei Arten von Versicherungsträgern:

1. als regelmässiger Versicherungsträger die Landesversicherungsanstalten und

2. einige zugelassene Sonderanstalten.

Im Jahre 1934 gab es 33 Träger der Invalidenversicherung

und zwar: 27 Landesversicherungsanstalten und 6 Sonderanstalten [1]).

Dazu kommt die Landesversicherungsanstalt des Saarlandes, die schon im Februar 1935 wieder in die deutsche Sozialversicherung eingeführt wurde (§ 18 der Verordnung über die Überleitung der Sozialversicherung des Saarlandes vom 15. Februar 1935). Somit gibt es gegenwärtig 28 Landesversicherungsanstalten [2]).

Die Landesversicherungsanstalten sind juristische Personen des öffentlichen Rechtes und geniessen den Grundsatz der Selbstverwaltung, allerdings unter Staatsaufsicht.

Die Landesversicherungsanstalten werden für das Gebiet eines oder mehrerer Länder oder grösserer Gemeindeverbände oder sonst für andere Gebietsteile errichtet (R. V. O. — § 1326). Ihnen unterstehen alle in ihren Bezirken beschäftigten Versicherten, soweit sie nicht von Sonderanstalten erfasst sind (R. V. O. — § 1329).

Jede Landesversicherung ist die Trägerin der Invalidenversicherung ihres Bezirkes und ausserdem ist sie noch — entsprechend dem Aufbaugesetz — Trägerin der Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung ihres Bezirkes.

Ferner sollen nach dem Aufbaugesetz die Landesversicherungsanstalten und die örtlichen Gemeindeunfallversicherungsverbände eine Verwaltungsgemeinschaft unter einheitlicher Führung bilden (Abschn. II, — Art. 2, — § 2).

Was die innere Verfassung der Landesversicherungsanstalten anbetrifft, so gilt auch hier das durch das Aufbaugesetz eingeführte Führerprinzip. Dementsprechend hat jede Landesversicherungsanstalt einen Leiter und einen Beirat. Der Beirat setzt sich zusammen aus Vertretern der Versicherten und der Betriebsführer, einem Arzt und einem Vertreter der Gebietskörperschaft.

Als Sonderanstalten kommen in Betracht: die Reichsknappschaft, die die Invalidenversicherung nach den Vorschriften der R. V. O. für die Arbeiter in knappschaftlichen Betrieben durchführt (Reichsknappschaftsgesetz § 103).

---

1) Amtl. Nachr. für Reichsversicherung, a. a. O. S. 447, 575.

2) Ebenda. S. 575.

Die Seekasse, die enie Einrichtung der See-Berufsgenossenschaft ist. Sie führt die Invalidenversicherung der Seeleute durch (R. V. O. — §§ 1375 ff.).

Die Reichsbahn-Versicherungsanstalt, die jetzt — auf Grund des Aufbaugesetzes — die 4 früher vorhandenen Reichsbahn-Arbeiterpensionskassen umfasst[1]). Ihr untersteht die Invalidenversicherung der bei der Deutschen Reichsbahngesellschaft beschäftigten Arbeiter.

Die Aufsicht über die Landesversicherungsanstalten und alle Sonderanstalten wird — entsprechend dem Aufbaugesetze (Abschnitt IV, — § 2) — von dem Reichsversicherungsamt durchgeführt.

Die Invalidenversicherung ist der dritte und letzte Versicherungszweig, der nach der Reichsversicherungsordnung aufgebaut ist. Die anderen Versicherungszweige unterstehen besonderen Gesetzen.

§ 4. Die Rentenversicherung der Angestellten — Angestelltenversicherung.

Die Angestelltenversicherung hat ebenso wie die Invalidenversicherung infolge des Aufbaugesetzes vom 5. Juli 1934 einen neuen Namen bekommen, und zwar wird sie nunmehr als die Rentenversicherung der Angestellten bezeichnet. Die durch das Aufbaugesetz bewirkte Umgestaltung betrifft aber mehr oder weniger nur den organisatorischen Aufbau der Angestelltenversicherung, so die Einführung des Führerprinzips, die Unterstellung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte unter die Aufsicht des Reichsversicherungsamtes und die Aufhebung ihrer Ersatzkassen; in ihrem Wesen aber ist die Angestelltenversicherung dieselbe geblieben, die noch nach den Vorschriften des Angestelltenversicherungsgesetzes vom 8. Juli 1924 in seiner neuen gültigen Fassung vom 19. Mai 1934 weiter besteht.

---

1) Vergl. auch Lutz Richter, Grundriss der Reichsversicherung, a. a. O. S. 60.

I. Der Umfang der Rentenversicherung der Angestellten.

Die Angestelltenversicherung umfasst, wie schon der Name sagt — nur Angestellten und Personen in ähnlich gehobenen Stellungen. Der Begriff „Angestellte" bezieht sich auf einen bestimmten Kreis von Personen, und zwar solche, die überwiegend geistige Arbeit verrichten und sich zwischen den Selbständigen einerseits und den handarbeitenden Erwerbstätigen andererseits befinden. Da das Angestelltenversicherungsgesetz selbst keine nähere Bestimmung dieses Begriffes vornimmt, hat der vom Reichsarbeitsminister herausgegebene Berufskatalog vom 8. März 1924 eine so grosse Bedeutung, da hier die vorhandenen Berufe in Klassen und Unterklassen eingeteilt und damit die Personengruppen, die zur Angestelltenversicherung gehören, näher bestimmt werden [1]).

Im Jahre 1934 erstreckte sich die Angestelltenversicherung über 3.700.000 Versicherte. Es ist jedoch geschätzt worden, dass die Zahl der Versicherten zu Anfang des Jahres 1935 auf ungefähr 4 Millionen gestiegen sei [2]).

A. Die Versicherungspflicht erfasst entsprechend dem Angestelltenversicherungsgesetz (A. V. G. — § 1) folgende Personen:

1. Angestellte in leitender Stellung;
2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung;
3. Büroangestellte, soweit sie nicht ausschliesslich mit Botengängen, Reinigung, Aufräumung und ähnlichen Arbeiten beschäftigt werden, einschliesslich der Bürolehrlinge und Werkstattschreiber;
4. Handlungsgehilfen und Handlungslehrlinge, andere Angestellte für kaufmännische Dienste, auch wenn der Gegenstand des Unternehmens kein Handelsgewerbe ist, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken;
5. Bühnenmitglieder und Musiker ohne Rücksicht auf den Kunstwert ihrer Leistungen;

---

1) Vergl. E. Trode — Sozialversicherungslehre — a. a. O. — S. 278.
2) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung — a. a. O. — S. 661.

6. Angestellte in Berufen der Erziehung, des Unterrichts, der Fürsorge, der Kranken- und Wohlfahrtspflege;

7. Aus der Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge und aus der Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt Schiffsführer. Offiziere des Decks- und Maschinendienstes, Verwalter und Verwaltungsassistenten, sowie die in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung befindlichen Angestellten ohne Rücksicht auf ihre Vorbildung.

Auch Lehrlinge, die sich in einer geregelten Ausbildung zu einem Angestelltenberuf befinden, fallen unter die Versicherungspflicht (A. V. G. — § 1).

Für das Vorhandensein der Versicherungspflicht bei den oben erwähnten Personen müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden, nämlich: alle diese Personen müssen gegen Entgelt, in einem Dienstverhältnis, beschäftigt werden, ihr Einkommen soll die Jahresarbeitsverdienstgrenze von 7200 RM nicht überschritten haben und beim Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung sollen sie das Alter von 60 Jahren noch nicht vollendet haben (A. V. G. — §§ 1, 3).

Als Entgelt gelten auch Gewinnanteile, Sach- und andere Bezüge, die der Versicherte, statt eines Gehaltes oder Lohnes oder neben diesem von dem Arbeitgeber oder einem Dritten erhält (A. V. G. — § 2).

Die Versicherungspflicht besteht ferner für selbständige Lehrer und Erzieher, die in ihrem Betriebe keine Angestellten beschäftigen (A. V. G. — § 4).

B. Die Versicherungsfreiheit wird auch hier:

1. kraft Gesetzes und

2. auf Antrag bewirkt.

1. Kraft Gesetzes sind folgende Personen versicherungsfrei:

a) der Ehegatte, der durch den anderen Ehegatten beschäftigt wird (A. V. G. — § 8);

b) der Beschäftigte, der als Entgelt nur freien Unterhalt erhält (A. V. G. — § 9);

c) Personen, die vorübergehende Dienstleistungen verrichten,

nach näherer Bestimmung des Reichsarbeitsministers (A. V. G. — § 10);

d) Personen, die in Betrieben oder im Dienste des Reiches, der Deutschen Reichsbahn-Gesellschaft, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Trägers der Reichsversicherung, beschäftigt sind, wenn ihnen Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten im Mindestbetrage der ihrem Diensteinkommen entsprechenden Höhe der Angestelltenversicherung gewährleistet ist. Das gleiche gilt für die beschäftigten Geistlichen der als öffentlich-rechtliche Korporationen anerkannten Religionsgesellschaften, sowie für Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten (A. V. G. — § 11);

e) Personen, die zu ihrer wissenschaftlichen Ausbildung für den zukünftigen Beruf gegen Entgelt tätig sind (A. V. G. — § 12);

f) Personen, die berufsunfähig sind oder die eine Rente aus der Invaliden-, Angestellten- oder Reichsknappschaftsversicherung erhalten (A. V. G. — § 19).

2. Auf Antrag werden von der Versicherungspflicht befreit:

a) Personen, denen vom Reich, der Deutschen Reichsbahn-Gesellschaft, einem Lande, usw. Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im Mindestbetrage der seinem Diensteinkommen entsprechenden Höhe bewilligt sind und daneben Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge gewährleistet ist (A. V. G. — § 14);

b) Personen, die beim Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung das 50. Lebensjahr vollendet haben. Diese Bestimmung gilt aber nicht für diejenigen Personen, die aus der Invalidenversicherung in die Angestelltenversicherung übergetreten sind (A. V. G. — § 15).

C. Bei der Versicherungsberechtigung unterscheidet man ebenfalls zwei Arten: die Selbst- und die Weiterversicherung.

1. Die Selbstversicherung ist nach § 22 des A. V. G. folgenden Personen gestattet, vorausgesetzt, dass sie das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten haben:

a) Personen, deren Entgelt die Jahresarbeitsverdienstgrenze von 7200 RM übersteigt;

b) Personen, die für ihre eigene Rechnung eine ähnliche Tätigkeit wie die als versicherungspflichtig Bezeichnete verrichten;

c) Personen, die versicherungsfrei sind, weil sie vorübergehende Dienstleistungen ausüben oder freien Unterhalt als Entgelt erhalten oder zu ihrer wissenschaftlichen Ausbildung gegen Entgelt tätig sind.

2. Zur Weiterversicherung sind diejenigen Personen zugelassen, die beim Ausscheiden aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung mindestens 4 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt haben (A. V. G. — § 21).

Auch Selbstversicherte, deren Voraussetzungen für die Selbstversicherung weggefallen sind, können diese fortsetzen, falls sie mindestens 4 Beitragsmonate auf Grund der Selbstversicherung zurückgelegt haben (A. V. G. — § 22).

II. Die Leistungen der Rentenversicherung der Angestellten.

Als wichtige Voraussetzungen für die Gewährung der Leistungen kommen — ähnlich wie bei der Invalidenversicherung die folgenden in Betracht: das Vorliegen eines bestimmten Versicherungsfalles, die Erfüllung der Wartezeit und die Erhaltung der Anwartschaft.

Die von der Angestelltenversicherung vorgesehenen Versicherungsfälle sind:

a) dauernde oder vorübergehende Berufsunfähigkeit,

b) Alter, d. h. Erreichung des 65. Lebensjahres und

c) Tod, der nur für die Gewährung der Hinterbliebenenrenten in Frage kommt. Dem Tod ist der Fall der Verschollenheit gleichgestellt.

Für die Erfüllung der Wartezeit und die Erhaltung der Anwartschaft gelten ähnliche Vorschriften wie bei der Invalidenversicherung mit dem einzelnen Unterschied, dass hier die Beiträge als Monatsbeiträge und nicht als Wochenbeiträge gerechnet werden.

Die Wartezeit ist erfüllt, nachdem 60 Beitragsmonate zurückgelegt worden sind. Wenn aber weniger als 60 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt wurden,

so dauert die Wartezeit 120 Beitragsmonate. Für das Ruhegeld infolge Vollendung des 65. Lebensjahres beträgt die Wartezeit 180 Beitragsmonate (A. V. G. — § 31).

Auch bei der Angestelltenversicherung gibt es Ersatzzeiten für die Erfüllung der Wartezeit, und zwar gelten als Ersatzzeiten die vollen Kalendermonate, in denen der Versicherte während des Weltkrieges dem Deutschen Reiche oder einem mit ihm verbündeten oder befreundeten Staate Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet hat (A. V. G. — § 32).

Die Anwartschaft, in der Angestelltenversicherung gilt nur dann als erhalten, wenn nach dem Schlusse des Kalenderjahres, in dem der erste Beitrag entrichtet worden ist, bis zum Beginne des Kalenderjahres, in dem der Versicherungsfall eintritt, jährlich mindestens 6 Beitragsmonate zurückgelegt worden sind. Die Anwartschaft gilt auch als aufrechterhalten, wenn die zwischen dem erstmaligen Eintritt in die Versicherung und dem Versicherungsfalle liegende Zeit mindestens zu 3/4 durch Beiträge oder Ersatzzeiten belegt ist. (A. V. G. — § 33).

Die geltenden Ersatzzeiten für die Erhaltung der Anwartschaft in der Angestelltenversicherung sind mit denen der Invalidenversicherung sehr ähnlich.

Die erloschene Anwartschaft kann wieder aufleben, wenn der Versicherte die rückständigen freiwilligen Beiträge, die zur Erhaltung der Anwartschaft noch erforderlich sind, innerhalb der zwei Kalenderjahre nachentrichtet, die dem Kalenderjahre der Fälligkeit der Beiträge folgen (A. V. G. — § 35). Die Anwartschaft kann auch wieder aufleben, wenn der Versicherte von neuem auf Grund der Versicherungspflicht oder der Selbstversicherung Beiträge entrichtet, und zwar muss er dazu mindestens 24 Monatsbeiträge zahlen, falls vor dem Erlöschen der Anwartschaft die Wartezeit erfüllt, und mindestens 48 Monatsbeiträge im Falle, dass sie nicht erfüllt war (A. V. G. — § 35).

Als Regelleistungen der Angestelltenversicherung kommen die folgenden in Betracht:

1. Ruhegeld;
2. Hinterbliebenenrenten;
3. Heilverfahren und
4. Beitragserstattung.

1. Ruhegeld erhält, nach der Erfüllung der Wartezeit und bei Erhaltung der Anwartschaft, der Versicherte der zur Ausübung seines Berufes dauernd oder vorübergehend berufsunfähig ist, oder das 65. Lebensjahr vollendet hat (A. V. G. — § 26).

Was unter „berufsunfähig" zu verstehen ist, erklärt das A. V. G. im § 27: Als berufsunfähig gilt der Versicherte, dessen Arbeitsfähigkeit infolge von Krankheit oder geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist.

Es ist also bedacht worden, dass während bei der Invalidenversicherung die Erwerbsfähigkeit um 2/3 vermindert sein muss, in der Angestelltenversicherung nur eine 50%ige Berufsunfähigkeit für die Gewährung der Invaliditätsrente verlangt wird.

Der Versicherte gilt als vorübergehend berufsunfähig, wenn seine Berufsunfähigkeit ununterbrochen 26 Wochen gedauert hat (A. V. G. — § 26).

Ferner gilt auch nach § 397 des A. V. G. als berufsunfähig und erhält Ruhegeld, wer das 60. Lebensjahr vollendet hat und seit mindestens einem Jahr ununterbrochen arbeitslos ist.

Das Ruhegeld setzt sich zusammen aus Grundbetrag, Steigerungsbetrag und Kinderzuschlag.

Der Grundbetrag beträgt 360 RM jährlich und ist für alle 10 Lohnklassen der gleiche. Er wird von der Versicherungsanstalt allein getragen, weil das Reich bei der Angestelltenversicherung keinen Zuschuss gewährt.

Der Steigerungsbetrag wird jährlich berechnet und ist für jeden Monatsbeitrag verschieden je nach der Lohnklasse, in welcher der Versicherte eingegliedert ist. Für die Monatsbeiträge, die während der Zeit des Währungsverfalls — 1. August 1921 bis zum 31. Dezember 1923 — entrichtet wurden, entfällt kein Steigerungsbetrag (A. V. G. — § 36).[1]).

---

1) Entsprechend dem AVG (§ 36) beträgt der Steigerungsbetrag für jeden Mnatsbeitrag in der Klasse

A	0,25 RM	in d. Klasse	F	2.50 RM.
B	0,50 „		G	3.00 „
C	1,00 „		H	4.00 „
D	1,50 „		J	6.00 „
E	2,00 „		K	8.00 „

Der Kinderzuschlag ist entsprechend dem § 1271 der R. V. O. im § 38 des A. V. G. geregelt. Er beträgt 90 RM jährlich für jedes Kind bis zum vollendeten 15. Lebensjahre und ist für alle Kinder gleich.

2. Bei den Hinterbliebenenrenten gibt es in der Invalidenversicherung ebenso wie in der Angestelltenversicherung 3 Arten: die Witwen-, Witwer- und Waisenrenten. Sie werden nur gewährt, wenn beim Tode des Versicherten die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft erhalten war (A. V. G. — § 28).

a) Witwenrente erhält die Witwe nach dem Tode des versicherten Ehemannes (A. V. G. § 28). Die Rente beträgt 5/10 des Ruhegeldes, das dem verstorbenen Ehemann zugestanden hätte, ohne Kinderzuschuss (A. V. G. — § 39). Bei Wiederverheiratung bekommt die Witwe eine Abfindung in Höhe des dreifachen Betrages ihrer Jahresrente (A. V. G. § 41).

b) Witwerrente erhält der erwerbsunfähige bedürftige Ehemann, wenn seine verstorbene Ehefrau ihn vor ihrem Tode überwiegend unterhalten hat. Die Witwerrente beträgt, wie die Witwenrente 5/10 des Ruhegeldes ohne Kinderzuschuss. Bei Wiederverheiratung fällt die Rente weg.

c) Waisenrente erhalten nach dem Tode des Versicherten seine Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahre. Sie beträgt 4/10 des Ruhegeldes ohne Kinderzuschuss. Wer als Kind gilt, ist in § 1258 der R. V. O. bestimmt.

Auch hier gilt für die Höhe der einzelnen Hinterbliebenenrenten, dass sie zusammen nicht höher sein dürfen, als das Ruhegeld des Verstorbenen einschliesslich der Kinderzuschüsse, die ihm im Zeitpunkte sienes Todes zugestanden hätten.

Was den Beginn, Wegfall, Zahlung, Entziehung und Ruhen der Renten anbelangt, gelten die gleichen Vorschriften wie bei der Invalidenversicherung, d. h. die entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung [1]).

Das gleiche gilt für die Gewährung von Ersatzleistungen (A. V. G. § 44).

---

1) Siehe also die Invalidenversicherung. S. 200—201.

Mehrleistungen kann der Reichsarbeitsminister in Ergänzung der Regelleistungen zulassen (A. V. G. § 24).

3. Heilverfahren werden in denselben Fällen gewährt, wie in der Invalidenversicherung, nämlich wenn zu erwarten ist, dass die drohende Berufsunfähigkeit eines Versicherten abgewendet oder dass der Empfänger eines Ruhegeldes oder einer Witwenrente wieder erwerbsfähig gemacht werden kann. Hier gelten wieder die entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung.

Während des Heilverfahrens wird den Angehörigen ein Hausgeld gewährt, die von dem Berechtigten überwiegend unterhalten wurden, falls der Erkrankte in einem Krankenhaus oder in einer ähnlichen Anstalt untergebracht wird. Das Hausgeld soll täglich mindestens 3/20 des zuletzt entrichteten Monatsbeitrages betragen (A. V. G. § 51). Für die Dauer des Heilverfahrens oder, wenn der Erkrankte sich ohne Grund dem Heilverfahren entzieht, kann die Rente ganz oder teilweise entzogen werden..

4. Die Erstattung von Beiträgen ist eine eigentümliche Leistung der Angestelltenversicherung, die nur für weibliche Versicherte vorgesehen ist. Und zwar wird sie bei Verheiratung im Todesfall oder beim Eintritt der Versicherten in eine Schwesternschaft oder religiöse Gemeinschaft gewährt, vorausgesetzt dass die Wartezeit für das Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit erfüllt ist. Diesbezüglich heisst es in § 46: Stirbt eine Versicherte nach Ablauf der Wartezeit für das Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit vor Eintritt in den Genuss des Ruhegeldes und besteht kein Anspruch auf Hinterbliebenenrente, so ist auf Antrag die Hälfte der für die Zeit vom 1. Januar 1924 bis zum Tode der Versicherten entrichteten Beiträge zu erstatten. Der Anspruch soll innerhalb eines Jahres geltend gemacht werden.

Heiratet eine Versicherte nach Ablauf der Wartezeit für das Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit und scheidet binnen dreier

Jahre nach der Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung aus, so ist ihr auf Antrag die Hälfte der für die Zeit vom 1. Januar 1924 bis zum Ausscheiden geleisteten Beiträge zu erstatten. Der Anspruch verfällt, wenn er nicht binnen drei Jahre nach der Verheiratung geltend gemacht wird. Dieselben Vorschriften gelten auch für versicherungspflichtige Versicherte, die in eine Schwesternschaft oder religiöse Gemeinschaft eintreten und sich nicht freiwillig weiterversichern wollen (A.V.G. § 47).

III. Die Aufbringung der Mittel in der Rentenversicherung der Angestellten.

Das Deckungssystem der Angestelltenversicherung ist das Anwartschaftsdeckungsverfahren.

Die finanziellen Mittel der Angestelltenversicherung werden ausschliesslich von den Versicherten und ihren Arbeitgebern in Gestalt von Beiträgen aufgebracht. Das Reich gibt hier keine Zuschüsse wie in der Invalidenversicherung.

Die Beiträge werden zu gleichen Teilen von beiden Parteien aufgebracht. Jedoch hat der Arbeitgeber für die Lehrlinge und für die Versicherten, deren monatlicher Entgelt 50 RM nicht übersteigt, den ganzen Beitrag allein zu tragen (A. V. G. § 183). Andererseits sollen die freiwillig Versicherten ihre ganzen Beiträge selbst tragen.

Die Beiträge sind Monatsbeiträge, d. h. sie werden monatlich entrichtet. Für ihre Berechnung sind 10 Gehaltsklassen gebildet worden, in die die Versicherten der Höhe ihres Einkommens entsprechend eingegliedert werden. Für die Versicherungspflichtigen kommen nur die 7 ersten Klassen in Betracht, die freiwillig Versicherten können sich in allen 10 Klassen versichern, mindestens aber in der Gehaltsklasse B (A.V.G. §§ 169, 170, 185).

Auch in der Angestelltenversicherung ist wie in der Invalidenversicherung eine Höherversicherung zugelassen, d.h. die Versicherungspflichtigen können sich freiwillig in einer höheren Klasse als der pflichtmässigen versichern (A. V. G. § 184).

Die 10 Gehaltsklassen und ihre entsprechenden Beiträge sind die folgenden: (A. V. G. §§ 169, 170, 171):

Gehaltsklasse	für monatlichen Arbeitsverdienst von mehr als	bis zu	Monatsbeitrag
A	— RM	50 RM	2 RM
B	50	100	4 „
C	100	200	8 „
D	200	300	12 „
E	300	400	16 „
F	400	500	20 „
G	500	—	25 „
	für freiwillige Beitragszahlung		
G	—	—	30 RM
J	—	—	40 „
K	—	—	50 „

Die Beiträge werden durch Einkleben von Marken in die Versicherungskarten entrichtet, d. h. im Wege des Markenverfahrens.

Die Marken werden von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ausgegeben (A. V. G. — § 175). Der Versicherte ist verpflichtet, sich die Versicherungskarte selber ausstellen zu lassen und sie dann dem Arbeitgeber zum Einkleben der Marken rechtzeitig vorzulegen (A. V. G. § 177). Die Versicherungskarte soll binnen 3 Jahren nach dem Ausstellungstage und nicht später zum Umtausch eingereicht werden (A. V. G. § 179).

Die Geltungszeit einer Marke ist der Kalendermonat. Der Arbeitgeber, der den Versicherten in einem Kalendermonat beschäftigt, hat für beide Teile den Beitrag zu entrichten, bezw. die Marken zu kleben (A. V. G. § 182).

Es sei hier nochmals darauf hingewiesen, dass der Reichsarbeitsminister nach dem Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 ermächtigt ist, Vorschriften über einen einheitlichen Beitragseinzug für die Kranken- und die Rentenversicherungen — Invaliden- und Angestelltenversicherungen — zu erlassen (Abschn. II. Art. 8, § 4).

IV. Die Träger der Rentenversicherung der Angestellten.

Es gibt nur einen einzigen Träger der Angestelltenversicherung, und zwar die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte. Sie ist eine öffentliche Behörde (A. V. G. § 94) und hat ihren Sitz in Berlin.

Neben der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gab es noch eine bestimmte Anzahl von Ersatzkassen; sie wurden aber durch das Aufbaugesetz aufgehoben (Abschn. II. Art. 4). Diese Ersatzkassen sind aber nicht zu verwechseln mit den Ersatzkassen für die Angestellten, die diese in der Krankenversicherung haben. Die Ersatzkassen der Krankenversicherung bestehen weiter und sind durch das Aufbaugesetz der Aufsicht der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte unterstellt worden (Abschnitt IV, § 2).

Das Aufbaugesetz hat auch die innere Verfassung der Reichsversicherungsanstalt f. A. geändert durch die Einführung des Führergrundsatzes. Die früheren Organe der Reichsversicherungsanstalt waren:

1. das Direktorium;
2. der Verwaltungsrat und
3. die Vertrauensmänner.

Das Aufbaugesetz hat an ihre Stelle einen Leiter und einen Beirat gesetzt. Der Leiter ist Reichsbeamter und wird von dem Reichspräsidenten ernannt. Der Beirat, der nur zur Unterstützung des Leiters bestellt ist, setzt sich zusammen aus: Beauftragten (Vertretern) der Versicherten und den Führern von Betrieben, einem Arzte und einem Vertreter der Gebietskörperschaft (Aufbaugesetz — Abschn. II, Art. 7 — §§ 2, 3).

Die Aufsicht über die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte wird, entsprechend dem Aufbaugesetz (Abschn. IV, § 2), von dem Reichsversicherungsamt durchgeführt.

§ 5. Die Knappschaftsversicherung.

Unter Knappschaftsversicherung ist die Sozialversicherung der im Bergbau tätigen Arbeiter und Angestellten zu verstehen.

Die Knappschaftsversicherung ist gegenwärtig, nach den Vorschriften des Reichsknappschaftsgesetzes vom 1. Juli 1926 in der neuen Fassung vom 17. Mai 1934 durchgeführt.

Das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934 hat auch hinsichtlich der Knappschaftsversicherung gewisse Veränderungen gebracht und zwar die Durchführung des Führerprinzips, sowie die Unterstellung der Reichsknappschaft unter die Aufsicht des Reichsversicherungsamtes. Ferner soll [1]) nach diesem Gesetz die Verteilung der Beitragspflicht neu geregelt werden, und zwar sollen die Beiträge zu gleichen Teilen zwischen den Versicherten und ihren Arbeitgebern aufgeteilt werden.

Nach dem Reichsknappschaftsgesetz (R. Kn. G. § 6) umfasst die Knappschaftsversicherung folgende Versicherungszweige:

die Krankenversicherung;
die Pensionsversicherung;
die Invalidenversicherung und
die Angestelltenversicherung.

Daraus ergibt sich, dass die deutsche Knappschaftsversicherung insofern ein einheitliches Sozialversicherungssystem darstellt, als die Kranken-, Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenen-Versicherungen der in den bergbaulichen Betrieben beschäftigten Arbeiter und Angestellten in einer einheitlichen Versicherungsorganisation zusammengefasst sind. Nur die Unfall- und Arbeitslosenversicherung der im Bergbau Beschäftigten sind nicht in die Knappschaftsversicherung einbezogen und nach Sondergesetzen geregelt.

I. Der Umfang der Knappschaftsversicherung.

Die knappschaftliche Versicherung ist der Typ einer beruflichen Sozialversicherung, weil sie nur die Arbeiter und Angestellten versichert, die im Bergbau beschäftigt sind.

---

1) Der hierfür in Frage kommende Paragraph des Aufbaugesetzes. (Abschn. II. Art. 8. § 1) ist hinsichtlich der Knappschaftsversicherung noch nicht in Kraft getreten.

Im Jahre 1934 umfasste die Knappschaftsversicherung 528.873 Versicherte und zwar: 488.964 Arbeiter und 39.909 Angestellte[1]).

Der Kreis der Versicherten der Knappschaftsversicherung ist in § 1 des R. Kn. G.-es bestimmt, und zwar werden alle männlichen und weiblichen Arbeitnehmer — d. h. sowohl Arbeiter als auch Angestellte, — die ausschliesslich oder überwiegend in dem technischen, wirtschaftlichen oder kaufmännischen Betrieb eines oder mehrerer knappschaftlicher Betriebe beschäftigt sind, der knappschaftlichen Versicherung unterstellt.

Als knappschaftliche Betriebe sind alle diejenigen Betriebe anzusehen, in denen Mineralien oder ähnliche Stoffe bergmännisch gewonnen werden, ferner solche Betriebsanstalten oder Gewerbsanlagen, die als Nebenbetriebe eines knappschaftlichen Betriebs mit diesem räumlich und betrieblich zusammenhängen. Doch sind Salinen und die Betriebe der Industrie der Steine und Erde keine knappschaftlichen Betriebe, soweit sie nicht überwiegend unterirdisch betrieben werden und soweit sie keine Nebenbetriebe eines knappschaftlichen Betriebes sind (R. Kn. G., § 2).

Bezüglich der Versicherungspflicht, Versicherungsfreiheit und Versicherungsberechtigung sieht das Reichsknappschaftsgesetz eine den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und des Angestelltenversicherungsgesetzes entsprechende Regelung vor. Mit anderen Worten, es gelten die oben erwähnten Vorschriften der Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherungen.

Hinsichtlich der Versicherungspflicht bei der Pensionsversicherung der Arbeiter und der Angestellten bestimmt § 28 des R. Kn. G., dass für den Fall der Berufsunfähigkeit und des Alters sowie zugunsten der Hinterbliebenen die Arbeitnehmer in knappschaftlich versicherten Betrieben pflichtig versichert werden und zwar:

1. die Arbeitgeber in der Pensionsversicherung der Arbeiter;

2. die Angestellten, die der Versicherungspflicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetze unterliegen, in der Pensionsversicherung der Angestellten.

---

1) Amtliche Nachrichten für Reichsvers., a. a. O., S. 447, 675.

Was aber die Versicherungsfreiheit und die Versicherungsberechtigung der Reichsversicherungsordnung anbetrifft, so gelten hier wieder die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und des Angestelltenversicherungsgesetzes.

II. Die Leistungen der Knappschaftsversicherung.

Hinsichtlich der Gewährung von Leistungen in der Knappschaftsversicherung kommt einerseits die Krankenversicherung und andererseits die Pensionsversicherung der Arbeiter und der Angestellten in Betracht.

A. Die Krankenversicherung der Arbeiter und der Angestellten ist nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung durchgeführt, sodass ihre Leistungen dem zweiten Buche der RVO entsprechend, gewährt werden und zwar:

1. Krankenhilfe (Krankenpflege und Krankengeld);
2. Wochenhilfe
3. Sterbegeld und
4. Familienhilfe[1]).

Als eine Besonderheit der knappschaftlichen Krankenversicherung ist die Staffelung des Krankengeldes nach dem Familienstande zu erwähnen. Und zwar erhält der Versicherte für die Ehefrau und für jedes Kind bis zum vollendeten 15. Lebensjahr einen Zuschlag zum Krankengeld in Höhe von 10. v.H. des Krankengeldes. Erhält das Kind nach Vollendung des 15. Lebensjahr noch Schul- oder Berufsausbildung, so wird der Zuschlag auch dann noch gewährt, solange die Schul- oder Berufsausbildung dauert und der Versicherte das Kind überwiegend unterhält. Der Zuschlag wird für Kinder, die infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen ausserstande sind, sich selbst zu erhalten, gewährt, solange der Zustand dauert und der Versicherte das Kind überwiegend unterhält. Der Gesamtbetrag des Krankengeldes darf 3/4 des Grundlohnes nicht übersteigen (R.Kn.G., § 22).

---

1) Nähere Angaben unter den Ausführungen zur Krankenversicherung. S. 171 ff. in dieser Arbeit.

B. Die Pensionsversicherung der Arbeiter und Angestellten ist entsprechend dem Reichsknappschaftsgesetz (§§ 28 ff.) und nach den Vorschriften der RVO sowie des AVG durchgeführt. Beispielsweise sind die Bedingungen für die Erfüllung der Wartezeit, die Erhaltung der Anwartschaft, Beginn, Wegfall, Ruhen und Entziehung der Renten und andere derartige Anordnungen entsprechend der RVO und dem AVG geregelt.

Als Regelleistungen der Pensionsversicherung kommen insbesondere die Renten in Betracht und zwar:

1. Invalidenpension
2. Ruhegeld
3. Alterspension oder Altersruhegeld und
4. Hinterbliebenenrente, und dann ferner
5. freie ärztliche Behandlung und Arznei,
6. Bestattungspflicht und
7. Heilverfahren.

1. Invalidenpension erhält der versicherte Arbeiter nach Erfüllung der Wartezeit und bei Erhaltung der Anwartschaft, wenn er dauernd oder vorübergehend berufsunfähig ist oder das 65. Lebensjahr vollendet hat (R.Kn.G. § 34). Vorübergehend berufsunfähig ist der Arbeiter, wenn seine Berufsunfähigkeit 26 Wochen ununterbrochen gedauert hat oder nach Wegfall des Krankengeldes noch besteht (R.Kn.G. § 34).

Der Begriff „berufsunfähig" hat in der Pensionsversicherung der knappschaftlichen Arbeiter eine besondere Bedeutung; und zwar gilt nach § 35 des R.Kn.G. als berufsunfähig der versicherte Arbeiter, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seine körperlichen oder geistigen Kräfte, weder imstande ist, die von ihm bisher verrichtete knappschaftliche Tätigkeit noch eine andere im wesentlichen gleichartige und wirtschaftlich gleichwertige Tätigkeiten von Personen mit ähnlicher Ausbildung sowie gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten in knappschaftlich versicherten Betrieben auszuüben.

Die Invalidenpension setzt sich zusammen aus dem Grundbetrag, dem Steigerungsbetrag und dem Kinderzuschuss.

Der Grundbetrag beträgt 72 RM jährlich und ist für alle Klassen der gleiche (R.Kn.G. § 45).

Der Steigerungsbetrag wird jährlich entsprechend des Monatsbeiträgen und den 10 Lohnklassen berechnet. Es muss jedoch mindestens 72 RM jährlich betragen. Für die 60 steigerungsfähigen Monatsbeiträge wird der Steigerungsbetrag nur zur Hälfte gewährt. Für die Monatsbeiträge, die während der Zeit des Währungsverfalles (1. Oktober 1921 bis zum 31. Dezember 1923) entrichtet wurden, entfällt allerdings kein Steigerungsbetrag (R.Kn.G. § 45).

Der Kinderzuschuss beträgt, entsprechend der RVO. 90 RM jährlich für jedes Kind bis zum vollendeten 15. Lebensjahr und ist für alle Klassen derselbe.

2. Ruhegeld erhalten die versicherten Angestellten wegen Berufsunfähigkeit. Für seine Gewährung gelten die Vorschriften des Angestelltenversicherungsgesetzes. Eine Ausnahme bilden nur die technischen Angestellten, für die die Vorschriften der R.Kn.G. hinsichtlich der Gewährung der Invalidenpension gelten (R.Kn.G. § 36).

Das Ruhegeld besteht aus dem Grundbetrag von 360 RM jährlich, dem zu errechnenden Steigerungsbetrag und dem Kinderzuschuss in Höhe von 90 RM jährlich (R.Kn.G. § 46).

3. Alterspension oder Altersruhegeld erhält auf Antrag der Versicherte, der das 50. Lebensjahr vollendet, 300 Beitragsmonate zurückgelegt und während dieser Zeit mindestens 180 Beitragsmonate wesentlich bergmännische Arbeiten verrichtet hat. Ferner muss der Versicherte die Anwartschaft erhalten haben und darf keine gleichwertige Lohnarbeit mehr verrichten (R.Kn.G. § 37).

Die Alterspension wird ähnlich wie die Invalidenpension, das Altersruhegeld ähnlich wie das Ruhegeld berechnet. Dementsprechend setzen sich die beiden aus Grundbetrag, Steigerungsbetrag und Kinderzuschuss zusammen.

4. Hinterbliebenenrenten kommen als Witwen- und Waisenrenten in Betracht. Sie werden nur gewährt, wenn beim Tode des Versicherten die Wartezeit für die Invalidenpension oder

für das Ruhegeld erfüllt und die Anwartschaft erhalten wurde (R.Kn.G. § 38).

Witwenrente erhält die Witwe nach dem Tode des versicherten Ehemannes und zwar 5/10 der Rente, die der Ehemann im Zeitpunkt des Todes erhalten hätte (R.Kn.G. §§ 39, 49).

Waisenrente erhalten nach dem Tode des Versicherten seine Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr und zwar 4/10 der Invalidenpension oder des Ruhegeldes (R.Kn.G. §§ 39, 49).

Für die Ersatzzeiten, Beginn, Wegfall, Ruhen und Entziehung der Renten sowie für die Gewährung von Sachleistungen als Ersatzleistung gelten die entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (R.Kn.G. §§ 50 ff.).

5. Freie ärztliche Behandlung und Arznei können die Empfänger einer Invalidenpension oder eines Ruhegeldes erhalten, soweit sie keinen Anspruch auf Leistungen der Kranken- oder Unfallversicherung haben (§ 58).

6. Bestattungsbeihilfe wird zu den Bestattungskosten eines Knappschaftsinvaliden, seiner Ehefrau, seiner Kinder und beim Tode der zur Witwen-oder Waisenrente Berechtigten gewährt, soweit kein Sterbegeld aus der Kranken-oder Unfallversicherung gewährt wird. Die Beihilfe beträgt beim Tode eines Knappschaftsinvaliden mindestens den dreifachen Monatsbetrag seiner Pension ohne Kinderzuschuss, beim Tode der Ehefrau der berechtigten Witwe 50 v.H., beim Tode eines Kindes oder einer berechtigen Waise 20. v.H. des Mindestbetrages der Bestattungsbeihilfe für den Knappschaftsinvaliden.

7. Heilverfahren werden nach den Vorschriften der RVO (§§ 1310 bis 1314) gewährt (R.Kn.G. § 61).

III. Die Aufbringung der Mittel in der Knappschaftsversicherung.

Das Deckungssystem der Knappschaftsversicherung sowohl der knappschaftlichen Kranken- als auch der Pensionsversicherung — ist das Umlageverfahren mit Rücklageansammlung.

Der Uebergang zu einem vollwertigen Anwartschaftsdeckungs-

verfahren ist zwar schon beschlossen, aber bisher noch nicht durchgeführt worden [1]).

Die erforderlichen finanziellen Mittel der Knappschaftsversicherung werden von den Versicherten und ihren Arbeitgebern durch Beiträge aufgebracht.

Die Beiträge sollten nach dem Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 von den Versicherten und ihren Arbeitgebern zu gleichen Teilen entrichtet werden. Vorläufig gilt aber noch die alte Regelung und zwar zahlt der Versicherte 3/5 und der Arbeitgeber 2/5 [2]).

Die Beiträge werden als Monatsbeiträge eingezogen. Sie werden der Krankenversicherung als Bruchteil des Arbeitslohns, Gehalts, Grundlohns oder in einem festen Satze bemessen (R.Kn.G. § 119). In der Pensionversicherung dagegen hat man für die Berechnung der Beiträge 10 Lohnklassen gebildet ; von diesen kommen für die Versicherungspflichtigen nur die ersten 8 Klassen in Frage.

Das R.Kn.G. sieht in § 132 vor, dass zum Schutze der Versicherung von wirtschaftlichen Gefahren die Beiträge im Bedarfsfalle erhöht und die Leistungen vermindert werden.

Ferner ist noch besonders hervorzuheben, dass das Reich zur Erleichterung der knappschaftlichen Pensionsversicherung und zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit nach Massgabe des Reichshaushaltes Mittel bereit stellen kann, dass die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung zur Deckung des Aufwandes für Arbeitslose an die Reichsknappschaft jährlich einen Betrag zahlt, der vom Reichsarbeitsminister im Einvernehmen mit dem Reichsminister der Finanzen festgesetzt wird (R.Kn.G. § 112). Das Reich trägt tatsächlich z. Zt. die halben Kosten der Knappschaftsversicherung.

IV. Die Träger der Knappschaftsversicherung.

Alleiniger Träger der Knappschaftsversicherung ist die Reichsknappschaft, der sämtliche knappschaftlich ver-

1) Vergl. Lutz Richter. Grundriss der Reichsversicherung. a. a. O. S. 87.

2) Amtl. Nachr. für Reichsversicherung, a. a. O. S. 672.

sicherten Betriebe unterstehen. Sie hat ihren Sitz in Berlin. Der Reichsknappschaft stehen 17 Bezirksknappschaften zur Seite, die als örtliche Verwaltungsstellen der Reichsknappschaft anzusehen sind [1]). Neben den Bezirksknappschaften bestehen noch besondere Krankenkassen für die Aufgaben der Krankenversicherung (R.Kn.G. § 9). Die Reichsknappschaft ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts. Die von ihr erlassene Satzung ist von höchster Bedeutung für das Knappschaftsrecht.

Die Knappschaftsversicherung ist der Typ eines einheitlichen Sozialversicherungssystems in Bezug auf die Kranken-, Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung der im Bergbau Beschäftigten. Das Aufbaugesetz sieht nunmehr vor, dass die Reichsknappschaft und die Knappschaftsberufsgenossenschaft miteinander vereinigt werden können, d.h. dass auch die Unfallversicherung einbegriffen werden kann (Abschn. II Art. 5).

Das Aufbaugesetz hat auch hier in der inneren Fassung der Versicherungsträger den Führergrundsatz eingeführt. Die früheren Verwaltungsorgane sind in Wegfall gekommen und an ihrer Stelle sind ein Leiter und ein Beirat getreten. Der Leiter ist Reichsbeamter und wird von dem Führer und Reichskanzler ernannt. Der Beirat besteht aus Beauftragten der Versicherten und der Arbeitgeber, aus einem Arzte und einem Vertreter der Gebietskörperschaft.

Infolge des Aufbaugesetzes hat nunmehr die Unterteilung in Abteilungen für Arbeiter und Angestellte, entsprechende Pensionskassen usw. nur noch verwaltungstechnische Bedeutung [2]).

Die Aufsicht über die Reichsknappschaft führt nach dem Aufbaugesetz das Reichsversicherungsamt.

V. Die Wanderversicherung.

Die Wanderversicherung kommt nur für diejenigen Versicherungszweige in Frage, die Renten gewähren, d. h. für die Invalidenversicherung, für die Angestelltenversicherung und für die

1) Diese Zahl enthält auch die Saarknappschaft, die ab 1. März 1935 hinzugekommen ist. Vgl. Amtl. Nachrichten für Reichsversicherung, a. a. O. S. 672.

2) Vergl. Lutz Richter, Grundriss der Reichsversicherung, a. a. O. S. 84—85.

knappschaftlichen Pensionsversicherungen der Arbeiter und der Angestellten. Die Wanderversicherung wird nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (§§ 1544, 1544 a-n) durchgeführt.

Wanderversicherte sind diejenigen Versicherten, für die die Beiträge zu zwei oder mehreren der oben erwähnten Versicherungszweige entrichtet worden sind. Bezüglich dieser Wanderversicherten bestimmt die RVO, dass diesen Versicherten, wenn sie von einem Versicherungszweig zu einem anderen übergehen, ihnen ihre früher entrichteten Beiträge nicht verlorengehen, sondern dass sie bei den in dem neuen Versicherungszweig zu entrichtenden Beiträgen mitgerechnet werden, und zwar folgendermassen:

Für die Erfüllung der Wartezeit, für die Erhaltung und das Wiederaufleben der Anwartschaft in der Invaliden-, der Angestellten- und der knappschaftlichen Pensionsversicherung der Angestellten werden die in diesen Versicherungszweigen entrichteten Beiträge zusammengerechnet (RVO § 1544 a). Allerdings bleiben bei der knappschaftlichen Pensionsversicherung der Arbeiter, Beiträge, die zur Invaliden- oder Angestelltenversicherung entrichtet wurden, ausser Betracht ; das gilt auch umgekehrt. Jedoch gelten für die knappschaftliche Pensionsversicherung der Arbeiter auch die Beiträge, die in der knappschaftlichen Pensionsversicherung der Angestellten entrichtet wurden (RVO § 1544 b).

Eine weitere Voraussetzung für die Verrechnung ist, dass die in den verschiedenen Versicherungszweigen entrichteten Beiträge nicht auf die gleiche Versicherungszeit entfallen (RVO § 1544 c).

Pflichtbeiträge des einen Versicherungszweiges stehen den Pflichtbeiträgen eines anderen gleich, entsprechen des gilt auch hinsichtlich der freiwilligen Beiträge (RVO § 1544 c).

Am häufigsten findet sich die Wanderversicherung zwischen den Invaliden- und den Angestelltenversicherungen. Diesbezüglich sieht die RVO (§ 1544 c) vor, dass 13 Beitragswochen der Invalidenversicherung als 3 Beitragsmonate der Angestelltenversicherung gelten. Für die anderen Beitragswochen, die durch 13 nicht teilbar sind, gelten je 4 Beitragswochen als ein Beitragsmonat.

Hinsichtlich der Gewährung der Leistungen setzt die R.V.O. in § 1544 e das Folgende fest : Beim Eintritt eines Versicherungsfalles wird eine Leistung nur aus den Versicherungszweigen ge-

währt, deren Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Keine Leistung wird aus einem Versicherungszweig gewährt, wenn in diesem nicht mehr als 26 Wochen- oder 6 Monatsbeiträge entrichtet wurden.

Auch im Falle der Wanderversicherung bestehen die Rentenleistungen aus Grundbetrag, Steigerungsbetrag und Kinderzuschuss.

Der Grundbetrag wird aus einem Versicherungszweig nur dann gewährt, wenn die Wartezeit durch die in ihm entrichteten Beiträge erfüllt ist. Ist aber die Wartezeit nicht erfüllt, so wird von dem jeweiligen Versicherungszweig nur der Anteil am Grundbetrag gewährt werden, der den entrichteten Beiträgen entspricht. Jedoch dürfen alle Grundbeträge oder Grundbetragsteile zusammen, die aus mehreren Versicherungszweigen zu gewähren sind, den Grundbetrag der Angestelltenversicherung von 360 RM jährlich nicht übersteigen (RVO, § 1544 f).

Dagegen werden die Steigerungsbeträge aus den verschiedenen Versicherungszweigen grundsätzlich ungekürzt nebeneinander gewährt (RVO § 1544 g).

Die Leistung wird als eine einheitliche Gesamtleistung festgestellt und von einem Versicherungsträger nach einer besonderen Rangfolge gezahlt (§ 1544 l) RVO).

§ 6. Die Arbeitslosenversicherung.

Die Arbeitslosenversicherung ist der sechste und letzte Zweig der deutschen Sozialversicherung.

Obwohl die deutsche Arbeitslosenversicherung seit ihrer Einführung eine grössere Bedeutung und umfangreichere Anwendung gefunden hat, wurde sie in dem Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 überhaupt nicht behandelt und sogar ausserhalb des Begriffs „Reichsversicherung" belassen. Die „Reichsversicherung" fasst nach dem Aufbaugesetz (Absch. I) nur die ersten fünf bisher besprochenen Teilen der Versicherung zusammen; diese sind: die Kranken-, Unfall-, Invalide Angestellten- und die Knappschaftsversicherung. Der Grund, warum die Arbeitslosenversicherung ausserhalb der „Reichsversicherung" belassen wurde, liegt in der grösseren Verschiedenheit, die zwischen ihr und den anderen Sozial-

versicherungszweigen besteht. Zuerst hat sie sich „unter dem Drucke der grossen Wirtschaftskrise... von der Gestalt einer Versicherung weit entfernt[1])". Dann ist die deutsche Arbeitslosenversicherung so eng gebunden an das Problem der Arbeitsvermittlung und Arbeitsbeschaffung, dass sie viel von dem Charakter einer Versicherung verloren hat. Schliesslich trat sie unter der neuen nationalsozialistischen Regierung immer mehr in den Hintergrund, da diese viel mehr Wert auf das überaus wichtigere Problem der Arbeitsbeschaffung und Arbeitsvermittlung legte, als auf ihre weitere Ausgestaltung. „Seitdem die nationale Regierung die Zügel in die Hand genommen hat, ist nun überhaupt die Arbeitslosenversicherung in ein ganz anderes Fahrwasser gedrängt. Es wird nicht so sehr wert gelegt auf die Arbeitslosenunterstützung als auf die Arbeitsvermittlung, die Arbeitsbeschaffung, insbesondere auf das, was man früher die produktive Erwerbslosenfürsorge genannt hat. Theoretisch könnte man nun ausrechnen, dass sehr bald die Arbeitslosenversicherung überhaupt verschwinden wird"[2]).

Gegenwärtig ist die Arbeitslosenversicherung nach dem Gesetz über Arbeitslosenversicherung und Arbeitslosenvermittlung (AVAVG) vom 16. Juli 1927 in der neuen Fassung vom 12. Oktober 1929 organisiert.

I. Der Umfang der Arbeitslosenversicherung.

Im Jahre 1934 erfasste die Arbeitslosenversicherung ungefähr 13 Millionen Versicherte, von denen ungefähr 11.145.000 Beitragszahler waren[3]).

Die Versicherungspflicht erstreckt sich auf fast alle diejenigen Personen, die bei den Kranken-, Knappschaft- und Angestelltenversicherungen versicherungspflichtig sind (A.V.A.V.G., § 69).

Was die Versicherungsberechtigung anbetrifft, so gibt es keine freiwillige Selbstversicherung, wohl aber

1) Lutz Richter, Grundriss der Reichsversicherung, a. a. O. S. 17.
2) E. Trode, Sozialversicherungslehre, a. a. O. S. 295.
3) Vergl. Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich, herausg. vom Statistischen Reichsamt, Berlin 1935. S. 412.

eine freiwillige Weiterversicherung, und zwar ist dies nur denjenigen Angestellten gestattet, die wegen Ueberschreitung der angestelltenversicherungspflichtigen Gehaltsgrenze — von 7.200 RM — aus der Versicherungspflicht ausscheiden (AVAVG, § 86).

Dagegen sieht aber das A.V.A.V.G. in den §§ 70 ff. zahlreiche Fälle vor, in denen Versicherungsfreiheit besteht. Nachfolgend seien einige Beispiele von Versicherungsfreiheit aufgeführt :

a) Versicherungsfrei ist die Beschäftigung in der Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Binnenfischerei, einschliesslich Deichwirtschaft oder Küstenfischerei (A.V.A.V.G. § 70) ;

b) die Beschäftigung als Hausgehilfe ;

c) die Beschäftigung auf Anteil am Fange in der Binnen- und Küstenfischerei und der grossen, mit Loggern betriebenen Heringsfischerei (Partenfischerei) (A.V.A.V.G. § 73) ;

d) die Beschäftigung auf Grund eines schriftlichen Lehrvertrags von mindestens zweijähriger Dauer (A.V.A.V.G. § 74 b) ;

e) Versicherungsfrei ist eine Beschäftigung, solange der Arbeitnehmer noch volksschulpflichtig ist (A.V.A.V.G. § 74 b) ;

f) die Beschäftigung bei Abkömmlingen oder deren Ehegatten und bei Stief- und Pflegekindern (A.V.A.V.G. § 74 c) ;

g) die Beschäftigung in der Seeschiffahrt, wenn der regelmässige Jahresarbeitsverdienst die Verdienstgrenze der Angestelltenversicherungspflicht, d.h. 7.200 RM., übersteigt (A.V.A.V.G. § 75) ;

h) versicherungsfrei ist die geringfügige Beschäftigung (A. V. A. V. G. § 75 a) ;

i) unständige Beschäftigungen, soweit der Verwaltungsrat der Reichsanstalt mit Zustimmung des Reichsarbeitsministers eine andere Anordnung nicht trifft (A.V.A.V.G. § 75 b) ;

k) die Tätigkeit von Zwischenmeistern, die nicht den überwiegenden Teil ihres Verdienstes aus ihrer eigenen Arbeit am Stücke beziehen. Der Verwaltungsrat der Reichsanstalt kann mit Zustimmung des Reichsarbeitsministers die Tätigkeit weiterer Gruppen von Hausgewerbetreibenden und von Heimarbeitern von der Versicherungspflicht befreien (A.V.A.V.G. § 75 c) ; usw.

II. Die Leistungen der Arbeitslosenversicherung.

Der entschädigungspflichtige Versicherungsfall der Arbeitslosenversicherung ist die Arbeitslosigkeit. Was unter dem Begriff „Arbeitslosigkeit" im Sinne des Gesetzes zu verstehen ist, ergibt sich aus den Bestimmungen über den Anspruch auf Gewährung der Arbeitslosenunterstützung des § 87 der A. V. A. V. G. Danach hat Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung, wer:

1. arbeitsfähig, arbeitswillig, aber unfreiwillig arbeitslos ist:

2. die Anwartschaft erfüllt hat;

3. den Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung noch nicht erschöpft hat.

Eine weitere Voraussetzung ist, dass Arbeitslose, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur dann Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung haben, soweit der erforderliche Lebensunterhalt nicht durch einen familienrechtlichen Unterhaltungsanspruch gewährleistet ist.

Vor allem kommt es also darauf an, dass der Berechtigte „arbeitsfähig, arbeitswillig und unfreiwillig arbeitslos" sei. Unter „Arbeitslosigkeit" ist also eine vorübergehende Unterbrechung des Beschäftigungsverhältnisses zu verstehen, die aber nicht von dem Versicherten selbst verursacht wurde, sondern sich aus den allgemeinen Wirtschaftsverhältnissen ergeben hat.

Nach § 89 a des A. V. A. V. G. ist arbeitslos, wer berufsmässig überwiegend als Arbeitnehmer tätig zu sein pflegt, aber vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnisse steht und auch nicht den erforderlichen Lebensunterhalt durch selbständige Arbeit, insbesondere als Landwirt oder Gewerbetreibender erwirbt, oder durch Fortführung eines vorhandenen Betriebes erwerben kann, oder im Betriebe des Ehegatten, der Eltern oder Voreltern, oder von Abkömmlingen oder Geschwistern den gemeinsamen Lebensunterhalt miterwirbt oder miterwerben kann, falls dies den Beteiligten nach Lage der Verhältnisse billigerweise zugemutet werden kann; das ist insbesondere anzunehmen, wenn die Beteiligten in häuslicher Gemeinschaft miteinander leben.

Es muss dabei nochmals betont werden, dass der arbeitslose

Versicherte arbeitsfähig, arbeitswillig und unfreiwillig arbeitslos sein muss.

Arbeitsfähig ist nach § 88 des A. V. A. V. G., wer imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden kann, wenigstens ein Drittel dessen zu erwerben, was geistig und körperlich gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.

Arbeitswillig ist der Versicherte, wenn er zur Annahme einer Arbeit, die ihm nachgewiesen wird, bereit ist. Wer sich ohne berechtigten Grund trotz Belehrung über die Rechtsfolgen weigert, eine Arbeit anzunehmen oder anzutreten, auch wenn sie ausserhalb seines Wohnorts zu verrichten ist, erhält für 6 Wochen keine Arbeitslosenunterstützung (A. V. A. V. G. — § 90). Das Gesetz bestimmt aber auch, was als berechtigter Grund zur Weigerung angesehen werden kann (§ 90).

Was den Begriff „unfreiwillig arbeitslos" anbetrifft, so bestimmt das A. V. A. V. G. (§ 93), dass wer seine Arbeitsstelle ohne wichtigen oder ohne berechtigten Grund aufgegeben oder durch ein Verhalten verloren hat, das zur fristlosen Entlassung berechtigt, für 6 Wochen keine Arbeitslosenunterstützung erhält. Ferner erhalten die Arbeitslosen, deren Arbeitslosigkeit durch einen inländischen Ausstand oder eine inländische Aussperrung verursacht ist, während des Ausstandes oder der Aussperrung keine Arbeitslosenunterstützung (A. V. A. V. G. — § 94).

Die Regelleistungen der Arbeitslosenversicherung sind folgende:

1. Arbeitslosenunterstützung ;
2. Krankenversicherung Arbeitsloser;
3. Invaliden-, Angestellten- und knappschaftliche Pensionsversicherung der Arbeitslosen;
4. Krisenunterstützung;
5. Kurzarbeiterunterstützung;
6. Arbeitsvermittlung und Berufsberatung.

1. Die Arbeitslosenunterstützung ist die wichtigste Leistung der Arbeitslosenversicherung. Für ihre Gewährung sind, wie schon oben erwähnt, bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen.

Die Anwartschaft ist nur dann erfüllt, wenn der Arbeitslose bei erstmaliger Unterstützung in den letzten zwei Jahren wenigstens 52 Wochen in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gestanden hat, oder wenn er bei späterer Unterstützung in den letzten 12 Monaten vor der Arbeitslosmeldung wenigstens 26 Wochen in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gestanden hat; dabei können dem Arbeitslosen gewisse Ersatzzeiten angerechnet werden. (A. V. A. V. G. — § 95).

Für die Gewährung der Arbeitslosenunterstützung ist auch die Zurücklegung einer Wartezeit oder Karenzzeit erforderlich, die je nach Alter, Familienstand und Beschäftigungsdauer gestaffelt ist. Die Wartezeit beginnt mit dem Tage der Arbeitslosenmeldung und dauert im allgemeinen 14 Tage bei Arbeitslosen ohne zuschlagsberechtigte Angehörige, 7 Tage bei Arbeitslosen mit 1, 2 oder 3 zuschlagsberechtigten Angehörigen, 3 Tage bei Arbeitslosen mit 4 oder mehr zuschlagsberechtigten Angehörigen (A. V. A. V. G. — §§ 110 ff.).

Die Arbeitslosenunterstützung dauert 26 Wochen (A. V. A. V. G. — § 99). Sie darf dann erst wieder gewährt werden, wenn die Anwartschaftszeit von neuem erfüllt ist. Wer für 36 Tage die Unterstützung bezogen hat, erhält sie nur weiter, wenn er hilfsbedürftig ist.

Die Arbeitslosenunterstützung besteht aus der Hauptunterstützung und den Familienzuschlägen für die Angehörigen (A. V. A. V. G. — § 103). Sowohl die Hauptunterstützung als auch die Familienzuschläge werden nach 11 Lohnklassen und 3 Ortsklassen berechnet. Die Lohnklassen sind auf Grund des wöchentlichen Arbeitsverdienstes festgesetzt. Was die Arbeitslosenunterstützung — sowohl Hauptunterstützung als auch Familienzuschläge — anbetrifft, so beträgt gegenwärtig die kleinste Arbeitslosenunterstützung 4,50 RM wöchentlich und wird einem Ledigen in Lohnklasse I gewährt; dagegen beträgt die höchste 27,90 RM wöchentlich und steht einem Arbeitslosen mit 6 Angehörigen in

Lohnklasse XI zu. Die übrigen Unterstützungen bewegen sich zwischen diesen beiden Grenzfällen von 4,50 und 27,90 RM wöchentlich [1]). Desweiteren müssen die drei Ortsklassen berücksichtigt werden, weil sie weitere Unterschiede in der Höhe der Unterstützungen bewirken.

Wer Arbeitslosenunterstützung empfängt, muss sich ferner regelmässig bei dem Arbeitsamte melden, um Arbeit zu erlangen: unterlässt er dies unentschuldigt, so verliert er den Unterstützungsanspruch (A. V. A. V. G. — §§ 114, 173).

2. Krankenversicherung Arbeitsloser. Der Arbeitslose ist während des Bezugs der Hauptunterstützung für den Fall der Krankheit versichert (A. V. A. V. G. — § 117).

Die Beiträge werden insgesamt von dem Arbeitsamt bezahlt. Als Grundlohn für die Berechnung der Beiträge gilt für die Arbeitslosen der doppelte Betrag der täglichen Unterstützung. Das Krankengeld wird in Höhe der Arbeitslosenunterstützung gewährt, an derer Stelle es tritt. (A.V.A.V.G. — § 120).

3. Invaliden-, Angestellten-, und knappschaftliche Pensionsversicherung Arbeitsloser.

Zufolge des Gesetzes vom 7. 12. 1933 [2]) wird die Anwartschaft der Arbeitslosenunterstützungsempfänger auf die Leistungen der oben genannten Versicherungszweige ohne weiteres aufrechterhalten.

Hinsichtlich der Invalidenversicherung soll allerdings die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung für jeden Arbeitslosen monatlich einen Beitrag von 0,50 RM zahlen.

4. Die Gewährung einer Krisenunterstützung wird von dem Reichsarbeitsminister bei andauernd besonders ungünstigem Arbeitsmarkt zugelassen. Die Krisenunterstützung wird nur hilfsbedürftigen Arbeitslosen gewährt und zwar dann, wenn der versicherungsmässige Unterstützungsanspruch noch nicht besteht oder wenn er erschöpft ist. Die Krisenunterstützung hat allerdings den Charakter einer öffentlichen Fürsorge, weil sie zu

---

1) Vergl. Ludwig Heyde: Abriss der Sozialpolitik. 8. Auflage. Leipzig 1935. S. 120.

2) Gesetz zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Invaliden-, der Angestellten- und der knappschaftlichen Versicherung. 7. 12. 1933.

4/5 vom Reiche und zu 1/5 von den Gemeinden getragen wird (A. V. A. V. G. — § 167).

5. Die Kurzarbeiterunterstützung wird denjenigen Arbeitnehmern gewährt, die in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung stehen, aber die in einer Kalenderwoche infolge Arbeitsmangels die in ihrer Arbeitsstätte übliche Zahl von Arbeitsstunden nicht erreichen und deswegen Lohnkürzungen unterworfen sind. Die Kurzarbeiterunterstützung darf nicht höher sein als die volle Arbeitslosenunterstützung, die der Kurzarbeiter erhielte, wenn er arbeitslos wäre, und weiter darf sie mit dem Arbeitsentgelt zusammen 5/6 des vollen Arbeitsentgeltes nicht übersteigen (A. V. A. V. G. — § 130).

6. Schliesslich ist die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung auch der Träger der öffentlichen Arbeitsvermittlung und der amtlichen Berufsberatung. Die Reichsanstalt soll beide Funktionen unentgeltlich ausüben (A. V. A. V. G. — § 60), desgleichen die Arbeitsämter.

III. Die Aufbringung der Mittel in der Arbeitslosenversicherung.

Das Deckungssystem der Arbeitslosenversicherung ist das Umlageverfahren.

Die finanziellen Mittel, die die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigt, werden durch Beiträge der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer aufgebracht.

Das Reich trägt nur 4/5 von dem notwendigen Aufwand, der durch die Krisenunterstützung entsteht; den Rest des Aufwandes tragen die Gemeinden (A. V. A. V. G. — § 167).

Das A. V. A. V. G. sieht in § 159 vor, dass die Reichsanstalt einen Notstock bildet, der mindestens in Höhe des Betrages gehalten werden soll, der zur Unterstützung von 600.000 Arbeitslosen für 3 Monate erforderlich ist.

Kann der Bedarf der Reichsanstalt aus den Beiträgen und aus dem Notstock nicht völlig gedeckt werden, so gewährt der Reichs-

arbeitsminister mit Zustimmung des Reichsministers der Finanzen Darlehen (A. V. A. V. G. — § 163). Das ist die zweite Form, in der das Reich in Krisenzeiten zur Arbeitslosenunterstützung beiträgt.

Die Beiträge werden von den Versicherungspflichtigen und ihren Arbeitgebern zu gleichen Teilen entrichtet. Was die Versicherungsberechtigten anbetrifft, so tragen diese den Gesamtbeitrag allein (A. V. A. V. G. — § 143).

Der Hundertsatz, der vom Grundlohn erhoben wird, ist für alle Bezirke gleich und beträgt zur Zeit 6,5 % der Grundlöhne [1]). Als Grundlöhne gelten diejenigen der Krankenversicherung.

Die Beiträge sind nach § 145 des A.V.A.V.G. wöchentlich zu entrichten und zwar:

1. soweit die Versicherten für den Fall der Krankheit versichert sind, als Zuschläge zu den Krankenkassenbeiträgen und mit diesen;

2. soweit die Versicherten nicht für den Fall der Krankheit versichert, aber angestelltenversicherungspflichtig sind, an die Krankenkasse, bei der sie für den Fall der Krankheit pflichtversichert wären, wenn ihr regelmässiger Jahresarbeitsverdienst nicht die Grenze der Krankenversicherungspflicht — 3.600 RM — übersteigen würde; für knappschaftlich versicherte Angestellte jedoch an die Reichsknappschaft.

Die Versicherungsberechtigten haben die Beiträge an die Krankenkasse zu entrichten, bei der sie gemeldet sind (A. V. A. V. G. § 145).

IV. Die Träger der Arbeitslosenversicherung.

Der alleinige Träger der Arbeitslosenversicherung ist die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitlosenversicherung. Sie ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts (A. V. A. V. G. — § 1).

---

1) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, a. a. O. S. 448.

Die Reichsanstalt gliedert sich in 1 Hauptstelle, 13 Landesarbeitsämter und 360 Arbeitsämter[1]).

Die Hauptstelle[2]) wird einfach als Reichsanstalt bezeichnet und hat ihren Sitz in Berlin.

Die Hauptstelle steht unter der Leitung eines Präsidenten, der zugleich Präsident der Reichsanstalt überhaupt ist. Weitere Organe der Hauptstelle waren bis zur Durchführung des Führerprinzips in der Arbeitslosenversicherung der Verwaltungsrat und der Vorstand, die den Präsidenten bislang in der Geschäftsführung unterstützten. In Übereinstimmung mit den Anordnungen über die Durchführung des Führerprinzips in der Reichsversicherung liegt nunmehr die gesamte Leitung der Arbeitslosenversicherung ausschliesslich bei dem Präsidenten.

Der Verwaltungsrat der Reichsanstalt bestand aus dem Präsidenten der Reichsanstalt oder einem seiner Stellvertreter als Vorsitzender und mindestens je 10 Vertretern der Arbeitgeber, Arbeitnehmer und öffentlichen Körperschaften als Beisitzern. Die Zahl der Beisitzer wurde von der Satzung bestimmt und musste in jeder Gruppe gleich sein (A. V. A. V. G. — § 9).

Der Vorstand der Reichsanstalt bestand aus dem Präsidenten oder einem seiner Stellvertreter als Vorsitzender und je fünf Vertretern der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und öffentlichen Körperschaften als Beisitzern (A. V. A. V. G. § 12).

Weitere Organe der Reichsanstalt waren nach § 4 des A. V. A. V. G.: die Verwaltungsausschüsse der Landesarbeitsämter und die Verwaltungsausschüsse der Arbeitsämter. Auch hier gab es Vertreter der Arbeitgeber, Arbeitnehmer und der öffentlichen Körperschaften. Die Zahl der Beisitzer in jeder der drei Gruppen musste gleich sein und wurde

---

1) Vergl. Ludwig Heyde, a. a. O. S. 119.

2) Wie schon am Anfang dieses Paragraphen erwähnt, ist die Arbeitslosenversicherung von den Bestimmungen des Aufbaugesetzes vom 5. Juli 1934 unberührt geblieben. Daher ist die Verfassung der Arbeitslosenversicherung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz darzustellen, obwohl die Verfassung z. Zt. zwecks Durchführung des Führerprinzips suspendiert ist.

für die Landesarbeitsämter aber durch den Verwaltungsausschuss des Landesarbeitsamtes besimmt (A. V. A. V. G. — § 5).

Die Aufsicht über die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, d. h. über die gesamte Arbeitslosenversicherung, führt der Reichsarbeitsminister und nicht das Reichsversicherungsamt wie bei den anderen Zweigen der deutschen Sozialversicherung, weil — wie früher erwähnt — die Arbeitslosenversicherung von dem Aufbaugesetz von 1934 nicht einbezogen worden ist.

§ 7. Die Versicherungsbehörden, — das Verfahren und die Aufsicht in der deutschen Sozialversicherung.

Unter Versicherungsbehörden sind bestimmte öffentliche Behörden zu verstehen, die — entsprechend dem Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 — als einheitliche Spruch-, Beschluss- und Aufsichtsbehörden für die gesamte Reichsversicherung gelten. Die Versicherungsbehörden sind Einrichtungen, mittels deren der Staat seine Staatsgewalt ausübt.

Nach § 35 der Reichsversicherungsordnung gibt es folgende öffentliche Behörden der Reichsversicherung:

a) Die Versicherungsämter;

a) die Oberversicherungsämter;

c) das Reichsversicherungsamt und die Landesversicherungsämter.

Die Landesversicherungsämter sind indessen durch das Aufbaugesetz aufgehoben worden so dass es gegenwärtig nur noch die ersten drei Arten gibt.

Die Versicherungsämter werden für den Bezirk einer unteren Verwaltungsbehörde, die Oberversicherungsämter für den Bezirk einer höheren Verwaltungsbehörde errichtet (R. V. O. — §§ 36, 62). Das Reichsversicherungsamt schliesslich ist für das ganze Reichsgebiet zuständig und hat seinen Sitz in Berlin.

Gegenwärtig gibt es 960 Versicherungsämter, 64 Oberversiche-

rungsämter, 29 besondere Oberversicherungsämter [1]) und ein Reichsversicherungsamt.

Die Versicherungsämter haben einen Vorsitzenden, einen oder mehrere ständige Stellvertreter des Vorsitzenden und mindestens 12 Versicherungsvertreter.

Vorsitzender des Versicherungsamtes ist der Leiter der unteren Verwaltungsbehörde (R. V. O. — § 39). Der Vorsitzende trifft in der Regel seine Entscheidung ohne Hinzuziehung von Beisitzern. In gewissen Fällen aber, die vom Gesetze bestimmt sind, soll das Versicherungsamt Versicherungsvertreter als Beisitzer hinzuziehen (R. V. O. § 40).

Die Versicherungsvertreter setzen sich je zur Hälfte aus Arbeitgebern und aus Versicherten zusammen, ihre Zahl beträgt zusammen mindestens 12 (R. V. O. — § 40).

Die Oberversicherungsämter haben je einen Direktor, mindestens noch ein Mitglied und 40 Beisitzer.

Das Oberversicherungsamt hat ausser dem Direktor mindestens noch ein Mitglied zugleich als dessen Stellvertreter (R. V. O. — § 96). Für jedes Mitglied wird mindestens ein Stellvertreter bestellt. Die Mitglieder werden im Hauptamt oder für die Dauer des Hauptamts aus der Zahl der öffentlichen Beamten, der Direktor auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich ernannt (R. V. O. — § 69).

Die Beisitzer werden je zur Hälfte aus Arbeitgebern und Versicherten gewählt. Die Zahl der Beisitzer beträgt 40; sie kann aber von der obersten Verwaltungsbehörde erhöht oder vermindert werden (R. V. O. — § 71).

Das Reichsversicherungsamt setzt sich zusammen aus ständigen und nichtständigen Mitgliedern. Der Präsident des Reichsversicherungsamtes gilt als ständiges Mitglied.

Der Präsident und die übrigen ständigen Mitglieder werden vom Führer und Reichskanzler auf Lebenszeit ernannt. Der Führer und Reichskanzler ernannt auch die Direktoren und die Senatspräsidenten und zwar aus der Zahl der ständigen Mit-

---

1) Nämlich 21 für die Reichsbahn und 8 für den Bergbau.

gliedern. Die übrigen Beamten werden vom Reichsarbeitsminister ernannt (R. V. O. — § 86).

Die Zahl der nichtständigen Mitglieder beträgt 32; und zwar setzt sich diese Zahl aus jeweils zwölf Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten und acht unparteiischen Mitgliedern zusammen.

Die Versicherungsämter sind die unteren Beschluss- und Spruchbehörden ; dagegen nehmen die Oberversicherungsämter die Geschäfte der Reichsversicherung als höhere Spruch- und Beschlussbehörden und das Reichsversicherungsamt als oberste Spruch- und Beschlussbehörde wahr. Dementsprechend sind bei den Versicherungsbehörden bestimmte Organe gebildet und zwar:

a) sollen die Versicherungsämter einen Beschlussausschuss und einen oder mehrere Spruchausschüsse bilden. Sowohl der Beschluss- als auch der Spruchausschuss bestehen aus dem Vorsitzenden des Versicherungsamtes und je einem Versicherungsvertreter der Arbeitgeber und der Versicherten (R. V. O. — §§ 56, 57).

b) Jedes Oberversicherungsamt soll weiter eine oder mehrere Spruchkammern und eine oder mehrere Beschlusskammern bilden. Die Spruchkammer setzt sich zusammen aus einem Mitglied des Oberversicherungsamts als Vorsitzendem und je einem Beisitzer der Arbeitgeber und der Versicherten; die Beschlusskammer aus dem Vorsitzenden des Oberversicherungsamts, einem zweiten Mitglied und zwei Beisitzern (R. V. O. §§ 77, 78).

c) Beim Reichsversicherungsamt sollen Spruchsenate und Beschlussenate gebildet werden und ausserdem ein Grosser Senat. Der Spruchsenat hat einen Vorsitzenden, ein ständiges Mitglied, einen hinzugezogenen richterlichen Beamten, einen Arbeitgeber und einen Versicherten. Der Beschlussenat besteht aus einem Präsidenten, einem Direktor oder einem Senatspräsidenten als Vorsitzendem, einem vom Reichsrate gewählten nichtständigen Mitglied, einem ständigen Mitglied, einem Arbeitgeber, und einem Versicherten. Der Grosse Senat setzt sich zusammen aus dem Präsidenten oder seinem Vertreter, zwei gewählten Mitgliedern, zwei ständigen Mitgliedern, zwei richterlichen

Beamten, zwei Arbeitgebern und zwei Versicherten (R. V. O. §§ 98, 100, 101).

Alle diese oben erwähnten Spruch- bezw. Beschlusskörper sollen das im sechsten Buche der R. V. O. vorgesehene Spruch- bezw. Beschlussverfahren durchführen.

Das Spruchverfahren befasst sich in erster Linie mit Entscheidungen über Streitigkeiten betreffend die Feststellung der Leistungen und anderen Spruchsachen, die in der Reichsversicherungsordnung vorgesehen sind.

Soweit die Reichsversicherungsordnung nicht das Spruchverfahren vorschreibt, ergehen die Entscheidungen der Versicherungsbehörden im Beschlussverfahren.

Hinsichtlich der Streitigkeiten sind in erster Instanz die folgenden Versicherungsbehörden zuständig:

a) die Versicherungsämter für die Krankenversicherung;

b) die Oberversicherungsämter für die Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung;

c) die Reichsknappschaft im besonderen Ausschuss für die Knappschaftsversicherung; und

d) der Spruchausschuss beim Arbeitsamt für die Arbeitslosenversicherung.

Gegen die Entscheidung der oben genannten Behörden kann Berufung bei der übergeordneten Versicherungsbehörde eingelegt werden. Oberste Spruchbehörde ist das Reichsversicherungsamt; das Rechtsmittel ist hier die Revision oder der Rekurs.

Die Aufsicht über die deutsche Sozialversicherung wurde schon früher bei den einzelnen Versicherungszweigen erörtert. Hier soll nur nochmals darauf hingewiesen werden, dass sie gegenwärtig in Übereinstimmung mit dem Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 durchgeführt ist. Und zwar bestimmt das Aufbaugesetz (Abschn. IV, — § 2) folgendes:

Die Aufsicht führt:

a) das Reichsversicherungsamt über: die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; die Landesversicherungsanstalten, die Sonderanstalten, die Genossenschaften der Unfallver-

sicherung und die Gemeindeunfallversicherungsverbände, die See-Krankenkasse und die Reichsknappschaft;

b) das Versicherungsamt über: die Krankenkassen einschliesslich der Ersatzkassen für die Krankenversicherung von Arbeitern, die den Sitz in seinem Bezirk haben; doch ist das Versicherungsamt bei der Ausübung seiner Aufsicht an die Weisungen des Leiters der Landesversicherungsanstalt gebunden;

c) der Leiter der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über: die Ersatzkassen für die Krankenversicherung der Angestellten.

Nur über die Reichsanstalt für Arbeitslosenversicherung und Arbeitsvermittlung führt gegenwärtig noch der Reichsarbeitsminister allein die Aufsicht.

Das Aufbaugesetz bestimmt, dass die Aufsichtsbehörden darüber wachen müssen, dass die Versicherungsträger die Gesetze und Satzungen beobachten. Sie können ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmässigkeit erstrecken; sie sollen sich aber in diesem Falle auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung der Versicherungsträger nicht unnötig eingreifen (Abschn. IV, § 1).

Schliesslich untersteht die ganze deutsche Sozialversicherung der Aufsicht der Reichsregierung. Diese Aufsicht wird durch den Reichsarbeitsminister durchgeführt, welcher alle Versicherungsbehörden und im besonderen das Reichsversicherungsamt beaufsichtigt [1]).

---

1) Vergl. auch Lutz Richter, Grundriss der Reichsversicherung, a. a. O., S. 91: „Die gesamte Reichsversicherung ist eine öffentliche, staatlich geordnete Angelegenheit. Das Deutsche Reich beschränkt sich nicht darauf, sie durch einmaligen Gesetzgebungsakt ins Leben zu rufen; es behält die Reichsversicherung auch in ihrer Durchführung dauernd im Auge, um sie weiter zu entwickeln, fehlerhafte Entwicklungen abzustellen und Missbräuche zu verhindern. Zur obersten Überwachung ist die Reichsregierung berufen, bei der auch die Befugnis zur Gesetzgebung liegt. Innerhalb der Reichsregierung ist es der Reichsarbeitsminister, zu dessen Geschäftsbereich die Reichsversicherung gehört, der die zu erlassenen Gesetze vorzubereiten hat und der vielfach zum Erlass von Rechtsverordnungen ermächtigt ist. Von ihm wird auch die Verwaltung der Versicherungsbehörden geleitet; insbesondere das Reichsversicherungsamt ist ihm unterstellt".

NEUNTES KAPITEL.

DIE HEUTIGE LAGE DER SOZIALVERSICHERUNG IN RUMÄNIEN.

Gegenwärtig ist die rumänische Sozialversicherung nach dem Gesetz zur Vereinheitlichung der Sozialversicherung vom 7. April 1933 aufgebaut. Dieses Gesetz hat Rumänien in der Sozialversicherung ein einheitliches System gegeben, indem es alle Versicherungszweige und alle Versicherungsanstalten, die früher für sich standen, in einer einheitlichen Versicherungseinrichtung vereinigt hat.

Vor dem Einheitsgesetz gab es in der rumänischen Sozialversicherung 150 verschiedene und teilweise schlecht organisierte Versicherungsträger. Gegenwärtig gibt es zufolge des Einheitsgesetzes nur noch eine oberste Versicherungsanstalt — die Zentralkasse — und 32 örtliche Versicherungskassen.

Früher waren sogar die ähnlichen Versicherungszweige in den verschiedenen Landesteilen Rumäniens verschieden eingerichtet. Die Lage der Sozialversicherung war vor der Einführung des Einheitsgesetzes die folgende:

a) In dem alten Königreich und in Bessarabien galt das rumänische Sozialversicherungsgesetz von 1912;

b) in Siebenbürgen galt das ungarische Sozialversicherungsgesetz von 1907 für die Kranken- und Unfallversicherung und

c) in der Bukowina galten die österreichischen Gesetze von 1888 für die Kranken-und Unfallversicherungen, in ihrer neuen Fassung von 1917.

Das Einheitsgesetz hat alle diese verschiedenen Einrichtungen beseitigt und ein einheitliches Sozialversicherungssystem für das gesamte Staatsgebiet Rumäniens eingeführt.

Früher gab es auch mehrere Beiträge, die sehr verschieden zwischen Arbeitgebern und Versicherten aufgeteilt waren. Zufolge des Einheitsgesetzes gibt es nur noch einen einzigen einheitlichen Beitrag, der zur Deckung aller Versicherungsfälle dient.

Durch die Vereinheitlichung der gesamten Sozialversicherungseinrichtungen — Versicherungszweige, Beiträge und Verwaltung —

hat sich eine Ersparnis von 50 Mill. Lei ergeben[1]). Dies zeigt mit aller Deutlichkeit, dass das Einheitssystem viel wirtschaftlicher arbeitet und auf einer besseren Organisation beruht.

Es ist also zu wiederholen, dass die gegenwärtige rumänische Sozialversicherung auf dem Einheitsgesetz vom 7. April 1933 aufgebaut ist, und deswegen wird sie in den folgenden Ausführungen auf Grund dieses Gesetzes untersucht werden.

§ 1. Der Umfang der rumänischen einheitlichen Sozialversicherung.

Die rumänische Sozialversicherung erfasst gegenwärtig ungefähr 1.000.000 Versicherte[2]).

Die Versicherten sind in Rumänien ebenso wie in Deutschland in zwei Gruppen eingeteilt:

1. Versicherungspflichtige und
2. Versicherungsberechtigte.
3. Daneben erwähnt das Gesetz ausdrücklich als dritte Gruppe die Versicherungsfreien.

1. Die Versicherungspflicht erstreckt sich nach dem Einheitsgesetz vom 7. April 1933 (Art. 1) über die folgenden Personen:

a) Alle Personen, sowohl Arbeiter als auch Angestellte, die in öffentlichen oder Privatbetrieben des Handels und Gewerbes gegen Entgelt tätig sind, soweit sie die vorgesehene Jahresarbeitsverdienstgrenze nicht überschreiten.

Die Jahresarbeitsverdienstgrenze wird von der Generalversammlung der Zentralkasse festgesetzt und beträgt gegenwärtig 6000 Lei[3]).

b) Lehrlinge, Gehilfen und Gesellen, die in den oben erwähnten Betrieben tätig sind, auch wenn sie keinen Entgelt erhalten;

---

1) D. R Ioanițescu: Curs de politică socială. București 1934. Edit. Muguri. S. 230.

2) Vergl. D. R. Ioanițescu: Discurs la camerile profesionale. Desbateri parlamentare 1934. București, 1934. S. 1 u. 2.

3) Vergl. D. R. Ioanițescu: Curs de politică socială, a. a. O. S. 245.

c) die Familienangehörigen des Arbeitgebers, die in der Regel eine unentgeltliche Dienstleistung im Betriebe verrichten ;

d) Handwerker und kleine Gewerbetreibende, wenn sie höchstens 10 Arbeiter in ihren Betrieben beschäftigen ; [1])

e) Beamte der als juristische Personen anerkannten beruflichen Vereinigungen der gegen Entgelt beschäftigten Personen, soweit sie zu den Arbeitskammern wahlberechtigt sind ;

f) Hausgewerbetreibende und Heimarbeiter ;

g) Hausgehilfen.

Für das Vorhandensein der Versicherungspflicht spielt die Staatsangehörigkeit, das Geschlecht und das Alter keine Rolle. Nach Art. 3 des Einheitsgesetzes sind ausländische Arbeitnehmer, die in Rumänien beschäftigt sind, denselben Verpflichtungen unterstellt und geniessen dieselben Ansprüche wie die rumänischen Arbeitnehmer.

Die Arbeitnehmer eines rumänischen Betriebes, die vorübergehend im Auslande beschäftigt sind, gelten weiter als versicherungspflichtig, falls sie kraft der Gesetze des fremden Staates nicht versicherungspflichtig sind.

Im allgemeinen sollen also die Versicherungspflichtigen gegen Entgelt beschäftigt sein. Die Ausnahmen, in denen auch ohne Entgelt beschäftigte Personen versicherungspflichtig sind, wie beispielsweise Lehrlinge, Gehilfen, die Familienangehörigen des Arbeitgebers usw. werden daher im Gesetze ausdrücklich aufgezählt.

Hieraus folgt, dass die Versicherungspflicht in erster Linie sämtliche Arbeitnehmer — sowohl Arbeiter als auch Angestellte — die in Handels-und Gewerbebetrieben beschäftigt sind, erfasst, ferner die Hausgehilfen, Heimarbeiter, Hausgewerbetreibende, bestimmte Beamten, Familienangehörigen des Arbeitgebers, die in seinem Betriebe ohne Entgelt tätig sind, und schliesslich die Handwerker und kleinen Gewerbetreibenden, die höchstens 10 Arbeiter in ihren Betrieben beschäftigen. Nur die landwirtschaftlichen Arbeiter sind vorläufig der Versicherungspflicht nicht unterstellt worden, und zwar in erster Linie wegen der grossen finanziellen, aber

1) Vergl. auch D. R. Ioanițescu: Curs de politică socială, a. a. O. S. 242.

auch wegen der organisatorischen Schwierigkeiten, die sich aus ihrer grossen Anzahl in Rumänien ergeben würden.

Die Einbeziehung der Handwerker und kleinen Gewerbetreibenden ist besonders hervorzuheben, weil dies eine rumänische Eigenart ist, und sich nur in wenigen anderen Ländern der Welt zu finden ist. Man hat sich in Rumänien besonders um die soziale Lage der Handwerker und der kleinen Gewerbetreibenden gekümmert, wegen ihrer grossen Zahl und ihrer grossen wirtschaftlichen Bedeutung für Rumänien. Diese soziale Klasse lebt und schafft in Rumänien seit mehr als 200 Jahren und hält noch heute die Waage mit dem Wert der Produktion der grossen Industrien. Die Unterstellung dieser Klasse unter den Schutz der Versicherungspflicht ist voll und ganz gerechtfertigt, zumal sie dieses Schutzes sehr bedürfen. Die Handwerker und kleinen Gewerbetreibenden stehen der Klasse der Arbeitnehmer viel näher als der der Arbeitgeber. Ihre Erzeugnisse sind zum grössten Teil aus ihrer eigenen Arbeitskraft und der ihrer Familienangehörigen und nicht aus einem eingelegten Kapital, das sie im allgemeinen fast überhaupt nicht besitzen, hervorgebracht [1]).

Art. 4 des Einheitsgesetzes bestimmt ferner, dass die Hauptversammlung der Zentralkasse auf Vorschlag des Verwaltungsausschusses und mit Genehmigung des Ministerrates, weitere Gruppen von Arbeitnehmern der Versicherungspflicht unterstellen kann.

2. Versicherungsfreiheit besteht nach dem Einheitsgesetz (Art. 2) für folgende Personen:

a) Gegen Entgelt beschäftigte Personen, die dem allgemeinen Staatspensionsgesetz unterstellt sind;

b) Personen, die in öffentlichen Betrieben gegen Entgelt tätig sind, soweit sie kraft besonderer Gesetze oder Satzungen in Sonderanstalten versichert sind.

3. In der rumänichen Sozialversicherung gibt es ebenso wie in der deutschen Sozialversicherung zwei Arten von Versicherungsberechtigung.

---

1) Diesbezüglich vgl. die Ausführungen auf S. 79—80 in dieser Arbeit, insbesondere aber siehe D. R. Ioanițescu: Curs de politică socială, a. a. O. S. 242/244.

a) Weiterversicherung

b) Selbstversicherung.

a) Weiterversicherung. Personen, die aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich — gemäss dem Art. 56 — freiwillig weiterversichern, wenn sie in den letzten zwei Jahren mindestens 52 Beitragswochen — die Saisonarbeiter aber nur 26 — unter der Versicherungspflicht zurückgelegt haben, und spätestens binen 4 Wochen nach dem Ausscheiden der Versicherungsanstalt die Weiterversicherung angekündigt haben.

b) Die Selbstversicherung ist den Ehefrauen von freiwilligen oder pflichtigen Versicherten gestattet, wenn sie das 50. Lebensjahr noch nicht überschritten haben und wenn sie infolge einer ärztlichen Unterschung für gesund befunden werden (Art. 57).

§ 2. Die Leistungen der rumänischen Sozialversicherung.

Hauptvoraussetzung für die Gewährung der Leistungen ist der Eintritt eines Versicherungsfalles.

Als Versicherungsfälle kommen die folgenden in Betracht: Krankheit, Niederkunft, Unfälle einschliesslich Berufskrankheiten, Invalidität, Alter und Tod.

Es ist zu erwähnen, dass unter dem Begriff „Unfall" nicht nur die Betriebsunfälle im engeren Sinne, d.h. diejenigen Unfälle, die innerhalb des Betriebes stattgefunden haben, in Betracht kommen, sondern auch alle anderen Unfälle die ausserhalb des Betriebes stattfinden. Man hat diese Erneuerung durch das Einheitsgesetz eingeführt, um die Feststellungskosten abzuschaffen, weil diese Kosten viel grösser als die entfallenden Renten selbst waren. Endlich kommen noch unter dem Begriff „Unfall" auch die Berufskrankheiten in Betracht[1]).

Als Regelleistungen sieht Art. 5 des Einheitsgesetzes folgende vor:

a) ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arzneien und Heilmitteln;

---

1) Vergl. D. R. Ioanițescu: Curs de politică socială, a. a. O. S. 237—240.

b) (Geld)-Unterstützungen infolge von Krankheit, Unfall, Niederkunft und Tod ;

c) Invaliditätsrenten infolge von Krankheit oder Unfällen ;

d) Hinterbliebenenrenten.

I. Die Krankenhilfe besteht aus ärztlicher Behandlung, Versorgung mit Arzneien, Heilmitteln und Krankengeld.

1. Aerztliche Behandlung wird den Versicherten bei einer Krankheit oder einem Unfall vom ersten Tage bis zur Wiederherstellung gewährt. Anspruch auf ärztliche Behandlung haben auch die Familienangehörigen der Versicherten, wenn sie in häuslicher Gemeinschaft mit den Versicherten leben, und zwar: die Ehefrau, die Kinder bis zum 18. Lebensjahre, die gebrechlichen Kinder auch nach dem 18. Lebensjahre und schliesslich sogar die Eltern, wenn sie arbeitsunfähig sind (Art. 6).

Nach Art. 7 kann der erkrankte Versicherte auf Grund der ärztlichen Vorschriften in ein Krankenhaus oder in eine Heilanstalt überführt werden. Diese Überweisung ist dann als Ersatzleistung anzusehen. Bei der Überweisung hat der Versicherte Anspruch auf die Transportkosten von seinem Haus bis zum Krankenhaus und zurück (Art. 7).

Die von einem Arzt aus der Sozialversicherung unterzeichnete ärztliche Anordnung für die Überführung in ein Krankenhaus ist pflichtmässig für alle Krankenhäuser des Staates, der Verwaltungsbezirke, der Gemeinden oder irgendeiner öffentlichen Anstalt. Die Zahlung wird von der entsprechenden Versicherungskasse gemäss den festgesetzten Tarifen und Verträgen geleistet (Art. 7).

Die Krankenhauspflege dauert höchstens 26 Wochen. Als Mehrleistung kann aber der Verwaltungsausschuss der entsprechenden Versicherungskasse beschliessen, dass die Krankenhauspflege bis zu einem Jahr verlängert wird, vorausgesetzt, dass es die finanzielle Lage der Versicherungskasse ermöglicht (Art. 7).

Art. 8 des Einheitsgesetzes bestimmt, dass in bestimmten Fällen die Zustimmung des Versicherten für die Überführung in ein Krankenhaus nicht erforderlich ist, und zwar :

a) wenn die Art der Krankheit eine bestimmte Behandlung verlangt, die in der Familie des Erkrankten nicht möglich ist ;

b) wenn die Krankheit ansteckend ist und

c) wenn der Erkrankte wiederholt den Vorschriften des behandelnden Arztes zuwider gehandelt hat.

Verweigert jedoch der Erkrankte die Überführung in ein Krankenhaus, so verliert er den Anspruch auf Krankengeld. Trotzdem erhält dann seine Familie ein Hausgeld, das 50 % des Krankengeldes beträgt (Art. 8).

Das Einheitsgesetz sieht in Art. 7 ferner vor, dass in dringenden Fällen dem Versicherten gestattet wird, einen Privatartz in Anspruch zu nehmen oder sich selbst in ein Krankenhaus zu begeben. In diesen Fällen hat der Versicherte Anspruch auf Rückerstattung der Kosten, aber nur in Höhe der von den Versicherungskassen festgesetzten Tarifkosten (Art. 7).

Das Einheitsgesetz bestimmt des weiteren in Art. 9 für den Fall, dass ein Versicherter der erkrankt oder einen Unfall erleidet, während er im Ausland für eine Unternehmung arbeitet, die ihren Sitz in Rumänien hat, für die ganze Zeitdauer der Erkrankung von dem Unternehmer zu pflegen sein soll. Der Unternehmer hat seinerseits einen Anspruch auf Rückerstattung der Kosten an die Versicherungskasse, aber nur bis zur Höhe des Krankengeldes.

2. Arznei und Heilmittel werden gemäss den Vorschriften der Aerzte der Versicherungskassen bewilligt. Wenn die Kassenärzte es für notwendig halten, können die Versicherten noch folgende Leistungen bekommen : Bruchbänder, Brillen, Bandagen, Krücken, Körperersatzstücke und andere ähnliche Heilmittel (Art. 10).

In Fällen von grosser Dringlichkeit kann die Versicherungskasse ihren Mitgliedern Kurbehandlung, Luftkur oder Mineralwasserkur verordnen und gewähren ; natürlich aber nur ihrem entsprechenden finanziellen Vermögen gemäss.

Auch die Familienangehörigen haben einen Anspruch auf Verordnung von Arzneien und Überführung in ein Krankenhaus ; jedoch für höchstens 4 Wochen. Werden die Familienangehörigen in Krankenhäuser überführt, die Eigentum der Versicherungskasse sind, so können sie dort bis zu 20 Wochen gepflegt werden. In diesem Falle müssen aber die Versicherten 25 % der Kosten tragen, die die zuständige Versicherungskasse zu entrichten hat (Art. 10).

3. Krankengeld erhält der erkrankte oder infolge eines Unfalls arbeitsunfähige Versicherte und zwar vom 8. Tage der Krankheit bzw. der Arbeitsunfähigkeit an. Es beträgt 50% des versicherten Grundlohnes. Für die ersten 7 Tage soll der Versicherte nach dem Einheitsgesetz (Art. 11) seinen vollen Lohn von seinem Arbeitgeber erhalten. Für eine und dieselbe Krankheit hat der Versicherte Anspruch auf Krankengeld für höchstens 26 Wochen; handelt es sich aber um mehrere Krankheiten innerhalb eines Jahres, so kann der Versicherte sogar während 36 Wochen Krankengeld erhalten. Das Gesetz bestimmt andererseits, dass bei einem Unfall das Krankengeld bis zur vollständigen Heilung der Verletzung gewährt werden soll (Art. 11).

Die Zeitdauer für Zahlung des Krankengeldes wird vom Beginn der Zahlung und nicht vom Beginn der Gewährung ärztlicher Behandlung berechnet. Das Krankengeld wird wöchentlich gezahlt (Art. 11).

Kein Krankengeld wird gewährt, wenn der Versicherte Krankenhauspflege erhält oder wenn er die Verletzung oder Krankheit selbst absichtlich herbeigeführt hat. In diesen Fällen erhalten die Familienangehörigen jedoch ein Hausgeld in Höhe von 50% des Krankengeldes, sofern sie von dem Versicherten unterhalten wurden (Art. 11).

Als Mehrleistung kann das Krankengeld von 26 auf 52 Wochen verlängert werden, wenn der Versicherte keinen Anspruch auf die Invaliditätsrente hat und wenn die finanzielle Lage der Versicherungskasse es gestattet (Art. 11).

Der Versicherte hat Anspruch auf ein doppeltes Krankengeld, wenn die Versicherungskasse ihm die erforderliche ärztliche Behandlung oder die notwendigen Arzneien und Heilmittel nicht gewähren kann (Art. 13).

II. Wochenhilfe erhalten weibliche Versicherte, die in den letzten 12 Monaten vor der Niederkunft mindestens 26 Wochenbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht entrichtet haben (Art. 14).

Die Wochenhilfe besteht nach Art. 14 aus:

1. Aerztlicher Behandlung, Hebammenhilfe, Arznei und Heilmitteln nach Bedarf;

2. Wochengeld in Höhe des Krankengeldes für 12 Wochen, von denen aber mindestens 6 nach der Niederkunft fallen sollen. Vor der Niederkunft wird das Wochengeld auf Grund einer ärztlichen Bescheinigung eines Kassenarztes gewährt, unter der Voraussetzung, dass die Versicherte keine Arbeit mehr verrichtet; nach der Niederkunft wird das Wochengeld auf Grund der Geburtsurkunde des Kindes gewährt;

3. Stillgeld, das nach Ablauf des Wochengeldes für 6 weitere Wochen gezahlt wird, wenn die Versicherte ihr Neugeborenes selbst stillt und die Vorschriften des Kassenarztes befolgt. Das Stillgeld wird in Höhe des Wochengeldes gewährt, solange die Versicherte auf ärztliche Anordnung keine Arbeit verrichtet; es beträgt die Hälfte des Wochengeldes, wenn die Versicherte ihre Arbeit wieder aufgenommen hat [1]).

Als Ersatzleistung kann die Versicherungskasse die Überführung der Wöchnerin in ein Wöchnerinnenheim zulassen. In diesem Falle gewährt die Versicherungskasse kein Wochengeld mehr, sondern ein Hausgeld in Höhe des halben Wochengeldes und zwar denjenigen Familienangehörigen, die von der Versicherten unterhalten wurden (Art. 14).

Erkrankt die Wöchnerin aus irgendwelchem Grund, so hat sie den vollständigen Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung (Art. 15).

Gemäss Art. 16 ist die Wochenhilfe auch der Ehefrau eines Versicherten zu gewähren, wenn der Versicherte in den letzten zwei Jahren mindestens 52 Wochenbeiträge entrichtet hat. Als Regelleistung wird in diesem Falle folgendes gewährt: ärztliche Behandlung, Hebammenhilfe, Arznei und Heilmittel. Wenn es die finanzielle Lage der Versicherungskasse ermöglicht, so kann der Verwaltungsausschuss der Kasse als Mehrleistung sogar ein Wochengeld in Höhe von 50% des Krankengeldes für höchstens 6 Wochen gewähren (Art. 16).

III. Sterbegeld wird beim Tode eines Versicherten gewährt, wenn in den zwei letzten Jahren mindestens 26 Wochenbeiträge entrichtet worden sind (Art. 17).

---

1) Regulamentul privitor la aplicarea legii pentru unificarea asigurărilor sociale. București 1933. Kap. II. § 5. Art. 29.

Für die Gewährung eines Sterbegeldes ist ebenso wie für die Gewährung der Wochenhilfe die Erfüllung einer Wartezeit und zwar in beiden Fällen von 26 Beitragswochen erforderlich.

Ist aber der Tod infolge eines Unfalles eingetreten, so wird das Sterbegeld ohne Rücksicht auf die vorher entrichteten Beiträge gewährt, d.h. auch wenn die Wartezeit noch nicht erfüllt worden ist (Art. 17).

Das Sterbegeld kann in Höhe des vierzig-bis sechzigfachen Betrages des Grundlohnes bewilligt werden, je nach der finanziellen Lage der Versicherungskasse.

Das Sterbegeld wird den Familienangehörigen des Verstorbenen gewährt und zwar in folgender Reihe: dem hinterbliebenen Ehegatten, in seiner Abwesenheit den Kindern, in deren Abwesenheit den Eltern usw. (Art. 17). Wenn die Bestattungskosten von einer anderen fremden Person bestritten wurden, so erhält diese Person zunächst die entsprechende Summe und nur falls ein Überschuss bleibt, wird dieser dann der Familie ausgezahlt (Art. 17).

IV. Renten.

A) Die Unfallrente und die entsprechenden Hinterbliebenenrenten.

1. Die Unfallrente. Nach Art. 23 hat jeder infolge eines Unfalles verletzte Versicherte ausser der ärztlichen Behandlung und des Krankengeldes Anspruch auf eine Unfallrente. Und zwar wird die Unfallrente nur dann gewährt, wenn der Versicherte nach Ausheilung der Verletzung arbeitsunfähig geblieben ist.

Die Höhe der Unfallrente richtet sich nach dem Grade der Arbeitsfähigkeitsminderung. Bei völliger Arbeitsunfähigkeit beträgt die Unfallrente 2/3 des Grundlohnes ; bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird nur eine Teilrente gewährt, die der Arbeitsfähigkeitsminderung des Verletzten entspricht (Art. 24).

Ist die Arbeitsunfähigkeit geringer als 20%, so wird keine Unfallrente gewährt, wohl aber eine Abfindung, die das 100-fache des Tagelohnes beträgt, den der Versicherte für die letzten 30 Tage vor dem Unfall erhalten hat (Art. 24).

Ein Verletzter mit völliger Arbeitsunfähigkeit kann als Unfallrente den vollen Grundlohn erhalten, wenn er dauernd die Pflege einer anderen Person braucht (Art. 24).

Für eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30% kann der Verwaltungsausschuss der Zentralkasse auf Antrag des Versicherten die Gewährung einer Kapitalabfindung beschliessen in Höhe des 100 fachen Betrages der monatlichen Unfallrente (Art. 27).

Wenn ein Unfallrentenempfänger einen neuen Unfall erleidet, wird ihm eine neue Rente gewährt, bei deren Bemessung die Arbeitsunfähigkeit aus dem alten und dem neuen Unfall gewertet wird (Art. 25).

Wenn sich während der ersten 5 Jahre der Zustand des Verletzten bessert oder verschlechtert hat, so kann die Unfallrente dementsprechend gemindert bzw. erhöht werden (Art. 26).

Beim Tode eines Versicherten infolge eines Unfalls erhalten die Hinterbliebenen folgende Leistungen (Art. 28):

a) Sterbegeld nach den Vorschriften des Art. 17, d. h. das 40fache bis 60fache des Grundlohnes und

b) Hinterbliebenenrente.

2. Hinterbliebenenrenten erhalten folgende Personen:

a) die Witwe oder der arbeitsunfähige Witwer bis zur Wiederverheiratung oder bis zum Tode. Diese Rente beträgt 20% des Grundlohnes des verstorbenen Versicherten (Art. 29);

b) jedes Kind, sei es ehelich, anerkannt oder an Kindes Statt angenommen bis zum Beginn des 18. Lebensjahres, oder auch noch weiter, falls das Kind Schulunterricht erhält oder infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen ausserstande ist, sich selbst zu erhalten. Und zwar erhält jedes Kind als Rente 20 % des Grundlohnes, unter der Voraussetzung, dass alle Kinder zusammen nicht mehr als 40% des Grundlohnes erhalten (Art. 29, 30); wenn die Kinder als Vollwaise zurückbleiben, so bekommt jedes Kind 30% des Grundlohnes als Rente, vorausgesetzt, dass alle Kinder-Renten zusammen 60% nicht überschreiten (Art. 29):

c) die Eltern des Verstorbenen und sogar die Geschwister und Enkel bis zum 18. Lebensjahre, wenn sie nachweisen können, dass sie von dem Verstorbenen unterhalten wurden. Jeder von diesen oben Genannten erhält 20 % des

Grundlohnes. aber nur im Falle, dass die Renten der Hinterbliebenen Ehegatten und Kinder zusammen weniger als 60 % des Grundlohnes ausmachen (Art. 31).

Hierbei ist wieder zu erwähnen, dass unter „Unfall" nicht nur diejenigen Unfälle zu verstehen sind, die sich innerhalb eines Betriebes ereignen, sondern auch andere Unfälle, die sich ausserhalb des Betriebes zugetragen haben. Die Berufskrankheiten sind in dem Begriff „Unfälle" enthalten. Die Berufskrankheiten bewirken die gleichen Leistungen wie diejenigen, die infolge eines Unfalles gewährt werden, aber nur dann, wenn die Arbeitsfähigkeit um mehr als 2/3 gemindert ist (Art. 33).

B) Die Invalidenrente und die entsprechenden Hinterbliebenenrenten.

1. Eine Invaliditätsrente erhält nach Erfüllung der Wartezeit und Erhaltung der Anwartschaft der Versicherte, der dauernd oder vorübergehend invalide ist (Art. 18, 20).

Nach dem Einheitsgesetz (Art. 18) gilt als invalide derjenige Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen mehr als 2/3 von seiner Arbeitsfähigkeit verloren hat.

Der Anspruch auf die Invalidenrente entsteht erst, nachdem der Versicherte mindestens 200 Wochenbeiträge entrichtet hat. Ferner muss er mindestens 16 Beitragswochen in jedem Jahre zurückgelegt haben (Art. 18). Mit anderen Worten, die Wartezeit ist erfüllt, wenn mindestens 200 Wochenbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht entrichtet wurden und die Anwartschaft ist erhalten, wenn der Versicherte mindestens 16 Wochenbeiträge jährlich entrichtet hat.

Der erloschene Anspruch, d. h. die erloschene Anwartschaft lebt wieder auf, sobald der Versicherte von neuem 200 Beitragswochen zurückgelegt hat. Wenn der Versicherte vor dem Erlöschen der Anwartschaft jedoch mindestens 200 Wochenbeiträge entrichtet hatte, lebt seine Anwartschaft bereits wieder auf, wenn er von neuem 100 Wochenbeiträge entrichtet (Art. 18).

Die Anwartschaft gilt als erhalten in Zeiten, in denen der Versicherte krank oder invalide gewesen ist und in Kriegs- und Mobilmachungszeiten (Art. 18). Diese Zeiten gelten als Ersatzzeiten.

Die Invaliditätsrente wird erst nach Wegfall (Ablauf) der ärztlichen Behandlung und des Krankengeldes gewährt, d. h. also nach Ablauf der 26. Woche (Art. 18).

Eine Invaliditätsrente wird nicht gezahlt, wenn der Versicherte selbst vorsätzlich die Invalidität verursacht hat, oder wenn die Invalidität als Folge eines Verbrechens entstanden ist (Art. 18).

Die Invaliditätsrente besteht aus einem Grund- und einem Steigerungsbetrag. Kinderzuschuss wird nicht gewährt.

Der Grundbetrag wird nach 5 Lohnklassen bemessen und beträgt nach Art. 19 monatlich:

in der Klasse	I	—	400 Lei (ungefähr 10 RM)
„	II	—	450 „
„	III	—	500 „
„	IV	—	550 „
„	V	—	600 „

Der Steigerungsbetrag beträgt 2 Lei für jeden Wochenbeitrag, der über die ersten 200 Wochenbeiträge hinaus entrichtet wurde (Art. 18).

Die Invaliditätsrentenempfänger haben ferner Anspruch auf freie ärztliche Behandlung und auf Arzneien aus den Apotheken, die Eigentum der Versicherungskassen sind (Art. 21).

Stirbt ein Invaliditätsempfänger, so wird seinen Hinterbliebenen ein Sterbegeld und Hinterbliebenenrente gewährt.

Das Sterbegeld beträgt das 4fache der monatlichen Rente des Verstorbenen (Art. 21).

2. Die Hinterbliebenenrenten werden folgendermassen gewährt (Art. 22):

a) der hinterbliebene Ehegatte — Witwe oder Witwer — erhält, wenn er arbeitsunfähig und hilfsbedürftig ist, eine Rente in der Höhe von 50 % der Rente des Verstorbenen;

b) die ehelichen, anerkannten und an Kindes Statt angenommenen Kinder erhalten bis zum 18. Lebensjahre eine Rente, die 1/3 der Rente des Verstorbenen ausmacht unter der Voraussetzung, dass sie arm und hilfsbedürftig sind.

Alle Waisenrenten zusammen dürfen aber 2/3 der Rente des Verstorbenen nicht überschreiten und die Renten der Kinder und die des hinterbliebenen Ehegatten zusammen dürfen die vollstän-

dige Rente des verstorbenen Versicherten nicht überschreiten (Art. 22).

Im Falle dass sich die finanzielle Lage der Hinterbliebenen verbessert hat oder die Arbeitsunfähigkeit aufhört, kann die Zentralkasse die Entziehung der Renten veranlassen (Art. 22).

Die oben erwähnten Hinterbliebenenrenten werden nicht nur beim Tode eines Invaliditätsrentenempfängers, sondern auch beim Tode eines Unfallrentenempfängers gewährt (Art. 32).

Als Ersatzleistung für die Invaliditätsrente sieht das Gesetz in Art. 35 vor, dass auf Antrag eines Invaliditätsrentenempfängers die Zentralkasse seine Überführung in ein Armenhaus beschliessen kann.

Als Ersatzleistung für die Waisenrenten kann die Zentralkasse, falls die Kinder Vollwaisen sind die Überweisung in ein Schutzheim für Minderjährige (Waisenhaus) beschliessen (Art. 35).

C. Altersrenten werden vorläufig nur noch denjenigen Personen gewährt, die beim Inkrafttreten des Einheitsgesetzes — 7. April 1933 — schon eine Altersrente erhalten haben [1]).

Auch bei der rumänischen Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenrente besteht wie in den deutschen Invaliden- und Angestelltenversicherungen die Möglichkeit einer Höherversicherung (Art. 34). Dementsprechend können sich die Versicherten freiwillig in einer höheren als der Pflichtklasse versichern lassen. In diesem Falle sind aber die Arbeitgeber zur Entrichtung des höheren Beitrages nicht verpflichtet (Art. 34).

Nach Art. 36 des Einheitsgesetzes ruhen die Renten in folgenden Fällen:

a) Für die Zeit, während der der Rentenempfänger eine Freiheitsstrafe verbüsse. Jedoch haben die Frau und die Kinder unter 18 Jahren einen Anspruch auf 50 % der Rente, falls sie ihre Bedürftigkeit beweisen können.

b) Solange der Empfänger sich freiwillig im Auslande auf-

1) Vergl. D. R. Ioaniţescu: Curs de politică socială, a. a. O. S. 240—241.

hält. Durch Übereinkunft kann aber bewirkt werden, dass die Renten auch im Auslande zur Auszahlung gelangen.

Die Entziehung oder das Aufhören der Renten regelt Art. 37 des Einheitsgesetzes. Die Renten können in folgenden Fällen entzogen werden:

a) Wenn der Rentenempfänger für das Erhalten der Rente falsche Unterlagen gebraucht hat;

b) wenn der Rentenempfänger aus dem Staatsgebiete verwiesen wird;

c) wenn die Witwe (bezw. Witwer) sich wiederverheiratet;

d) wenn der Empfänger einer Invaliditätsrente nicht mehr arbeitsunfähig ist.

Beim Zusammentreffen mehrerer Renten wird nur eine gewährt und zwar die höchste Rente (Art. 39).

Die Renten können weder gepfändet noch verpfändet werden, ihre Übertragung ist daher ausgeschlossen (Art. 38).

V. In Bezug auf die Schadenverhütung hat das Einheitsgesetz in Art. 35 bestimmte Massnahmen vorgesehen: Die Zentralkasse kann als Vorbeugungsmassnahme gegen eine drohende Invalidität die Verschickung des Versicherten in einen Luft- und Badekurort veranlassen.

Weiterhin kann die Zentralkasse auch die Überführung in medico-mechanische und therapeutische Institute oder in Anstalten, die der beruflichen Wiederherstellung dienen, bewirken, sodass die arbeitsunfähigen und invaliden Versicherten wieder arbeitsfähig werden. Solche Anstalten sollen sogar von der Zentralkasse selbst errichtet werden [1]).

Art. 35 sieht weiter vor, dass die Zentralkasse entsprechend ihrer finanziellen Kraft einen psychotechnischen Dienst einrichten soll für das Studium und die Verwirklichung der Unfallverhütung.

VI. Die freiwillig Versicherten haben dieselben Ansprüche auf sämtliche Leistungen der Sozialversicherung wie die Versicherungspflichtigen; trotzdem müssen sie in einigen Fäl-

1) Vergl. D. R. Ioanițescu: Curs de politică socială, a. a. O. S. 238.

len eine bestimmte Wartezeit erfüllen, bevor sie die Leistungen erhalten können, und zwar bestimmt Art. 58 des Einheitsgesetzes folgendes:

a) Der Anspruch auf ärztilche Behandlung, Arzneien, Heilmitteln und Krankengeld entsteht erst nach Entrichtung von 6 Wochenbeiträgen;

b) der Anspruch auf Gewährung von Wochenhilfe oder Sterbegeld erst nach einer Wartezeit von 52 Beitragswochen;

c) der Anspruch auf die Invaliditätsrente nach einer Wartezeit von 100 Beitragswochen. Wenn aber ein Versicherter von der obligatorischen zur freiwilligen Versicherung übergeht, oder umgekehrt, so werden die unter der Versicherungspflicht entrichteten Beiträge doppelt gerechnet und die freiwilligen Beiträge zur Hälfte;

d) der Anspruch auf die Unfallrente entsteht erst nur nach Entrichtung von einem Wochenbeitrag.

Die Ansprüche der freiwilligen Versicherten ruhen, d. h. ihre Anwartschaft ist erloschen, wenn sie während 8 zusammenhängenden Wochen keine Beiträge mehr entrichtet haben (Art. 59).

§ 3. Die Aufbringung der Mittel in der rumänischen Sozialversicherung.

Die für die Durchführung der rumänischen Sozialversicherung erforderlichen finanziellen Mittel fliessen aus folgenden Quellen:

1. aus Staatsbeiträgen;

2. aus Beiträgen, die von Arbeitgebern und Versicherten entrichtet werden;

3. aus einem von den grossen Unternehmungen zu bezahlenden Zuschussbeitrag;

4. aus verschiedenen anderen Mitteln.

1. Der Staat trägt zu der Aufbringung der Mittel der Sozialversicherung bei:

a) mit einem festen jährlichen Betrag in Höhe von 80 Millionen Lei (ungefähr 4 Mill. RM) und

b) durch Zahlung sämtlicher Beamtengehälter, die sich auf rund 52 Millionen Lei jährlich belaufen [1]).

2. Die Beiträge, die von den Versicherten und ihren Arbeitgebern entrichtet werden, bilden hier wie in allen anderen Sozialversicherungseinrichtungen der Welt die finanzielle Grundlage und Hauptquelle der Sozialversicherung.

Entsprechend dem rumänischen einheitlichen Sozialversicherungssystem wird für die Deckung aller vorgesehenen Versicherungsfälle in Rumänien nur ein einheitlicher Beitrag erhoben, so z. B. für Krankheit, Niederkunft, Unfall, Invalidität, Alter und Tod. Dagegen werden in Deutschland ebenso wie in den meisten anderen Ländern mit Sozialversicherungseinrichtungen für die einzelnen oben genannten Versicherungsfälle mehrere Beiträge erhoben, die je nach dem entsprechenden Versicherungszweig verschieden sind.

Die einheitlichen Beiträge werden in Rumänien je zur Hälfte von den Versicherten und ihrem Arbeitgebern gezahlt (Art. 42).

Zur Sicherung einer gerechten Berechnung der Beiträge werden die Versicherten in verschiedene Lohn- oder Beitragsklassen eingegliedert

Das Einheitsgesetz bestimmt in Art. 43, dass die Lohnklassen und ihre entsprechenden Beiträge von der Generalversammlung der Zentralkasse festgesetzt werden; es bedarf jedoch der Genehmigung des Ministerrates.

Die Beteiligten — Versicherten und Arbeitgeber — können insofern ihre Beiträge selbst festsetzen, als die Generalversammlung der Zentralkasse zum grössten Teil aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besteht. So können die Beteiligten in wirtschaftlich günstigen Zeiten die Beiträge erhöhen und in Krisenzeiten herabsetzen. Der Gesetzgeber hat aber auch die Überwachung durch eine höhere Stelle vorgesehen, indem die Genehmigung des Ministerrates für die Festsetzung der Beiträge erforderlich ist [2]).

---

1) D. R. Ioanițescu: Curs de politică socială, a. a. O. S. 227—228. Art. 49 des Einheitsgesetzes.

2) Vergl. D. R. Ioanițescu: Curs de politică socială, a. a. O. S. 233—234.

Für das erste Jahr hat das Einheitsgesetz 5 Lohnklassen für die Versicherten festgesetzt (Art. 43). In diese Lohnklassen werden die Versicherten entsprechend der Höhe ihrer Löhne eingereiht. Die Versicherten, die ohne Entgelt beschäftigt sind, werden der ersten Klasse zugewiesen, die Handwerker und die kleinen Gewerbetreibenden dagegen den letzten 3 Klassen, je nachdem sie allein arbeiten oder Lehrlinge bezw. Arbeiter beschäftigen. Die Heimarbeiter und Hausgewerbetreibenden sind in derselben Klasse wie die kleinen Gewerbetreibenden, die allein arbeiten, eingegliedert (Art. 41).

Die freiwillig Versicherten werden in folgender Weise in Lohnklassen eingegliedert: die Weiterversicherten in der letzten Klasse, in der sie als Versicherungspflichtige Beiträge bezahlt haben und die freiwillig versicherten Ehefrauen in derselben Klasse wie ihre Ehegatten (Art. 59).

Für jede Lohnklasse ist ein Grundlohn festgesetzt, um die Berechnung der Beiträge und auch die Bemessung der Leistungen zu erleichtern. Und zwar kommt als Grundlohn der Durchschnittslohn aller Löhne und Gehälter in Betracht, die sich zwischen der oberen und unteren Grenze der entsprechenden Lohnklasse befinden.

Die Beiträge werden in einem Prozentsatz der Grundlöhne erhoben. Das Gesetz bestimmt aber, dass die Beiträge nicht höher als 6 % der Grundlöhne sein dürfen (Art. 42).

Wie schon an anderer Stelle erwähnt, werden die Beiträge im allgemeinen je zur Hälfte von den Versicherten und ihren Arbeitgebern getragen. Für diejenigen Lehrlinge, und Versicherten aber, die ohne Entgelt beschäftigt werden, soll der Arbeitgeber den vollen Beitrag allein tragen. Dagegen sollen die Heimarbeiter, Hausgewerbetreibenden, Handwerker, kleinen Gewerbetreibenden und alle freiwillig Versicherten den vollen Beitrag selbst entrichten (Art. 42 und 59).

Die Beiträge werden nur bis zum Beginn des 65. Lebensjahres entrichtet. Nach Erreichung dieses Lebensalters werden keine Beiträge mehr bezahlt, obwohl die Versicherten noch weiter dieselben Ansprüche auf Gewährung von Leistungen haben. Und zwar haben sie, wenn die vorgesehenen Wartezeiten erfüllt waren, noch

weiterhin Anspruch auf Invaliditätsrente, Unfallrente, ärztliche Behandlung und auch auf Gewährung des Sterbegeldes (Art. 42).

Was die Erhebung der Beiträge anbetrifft, so gibt es in Rumänien zwei Erhebungsverfahren, d. h. sowohl das Markenverfahren als auch das Erheben der Beitäge nach den Listen der gesamten Löhne[1]). Und zwar bestimmt das Einheitsgesetz in Art. 44, dass die Beiträge folgendermassen zu erheben sind: durch das Markenverfahren bei den kleinen Unternehmungen und durch das Erheben nach den gesamten Lohnlisten bei den grossen Unternehmungen.

In den kleinen Unternehmungen, die das Markenverfahren anwenden, sollen die Unternehmer sich die erforderlichen Marken von der örtlichen Versicherungskasse beschaffen, um sie wöchentlich in die Quittungskarten ihrer beschäftigten Arbeitnehmer einzukleben und zu entwerten (Art. 44).

Die grossen Unternehmungen dagegen, bei denen die Beiträge nach den Lohnlisten erhoben werden, sollen nach Art. 44 jeden Ein- und Austritt ihrer Versicherungspflichtigen binnen 8 Tagen anmelden und weiter sollen sie spätestens binnen 15 Tagen nach Ende jeden Monats der örtlichen Versicherungskasse Abschriften ihrer gesamten Lohnlisten einreichen. Diesen Abschriften ist gleichzeitig eine Aufrechnung über die der Versicherungskasse geschuldeten Beiträge beizufügen. Die Beiträge werden bei diesem Verfahren von den Unternehmungen selbst an die örtlichen Versicherungskassen abgeführt (Art. 44). Die Arbeitnehmer der hier erwähnten grossen Unternehmungen erhalten Versicherungskarten, in welchen die Arbeitgeber die entsprechende Beschäftigungsdauer der Arbeitnehmer ihrer Betriebe und die Zahl der entrichteten Beiträge einzutragen haben (Art. 47); die Versicherungskarten gelten höchstens 3 Jahre; nach Ablauf dieser Frist sollen sie erneuert werden.

Die Beiträge sind Wochenbeiträge, d. h. sie werden für volle Wochen bezahlt, auch wenn der Versicherte nicht die ganze Woche hindurch beschäftigt wurde (Art. 45). Die Beitragsanteile der Arbeitnehmer werden von dem Arbeitgeber bei der Lohnzahlung

1) Siehe S. 119--120 dieser Arbeit.

abgezogen. Die Beitragsabzüge sollen spätestens nach Ablauf eines Monats gemacht werden (Art. 45).

Bei den freiwillig Versicherten werden die Beiträge durch das Markenverfahren entrichtet. Und zwar sollen sie die geklebten Marken mindestens einmal monatlich von der örtlichen Versicherungskasse entwerten lassen (Art. 59).

3. Der Zuschussbeitrag der grossen Unternehmungen:

Art. 48 des Einheitsgesetzes bestimmt, dass alle grossen Unternehmungen, die mehr als 10 Arbeitnehmer (Lehrlinge, Gehilfen, Arbeiter oder Angestellten) beschäftigen, ausser den üblichen einheitlichen Beiträgen noch einen Zuschussbeitrag entrichten sollen. Dieser Zuschussbeitrag beträgt 1,20 % der Gesamtsumme der Bruttolöhne. Der Zuschuss dient zur Deckung der Kosten der Unfallversicherung und wird dementsprechend von den Arbeitgebern allein getragen (Art. 48). Das rumänische einheitliche Sozialversicherungssystem kennt dementsprechend ebenfalls das berufliche Risiko der Unfallversicherung.

Der Zuschussbeitrag wird gleichzeitig mit den einheitlichen Beiträgen an die örtliche Versicherungskasse gezahlt (Art. 48).

4. Als verschiedene andere Mittel, die zur Vergrösserung des Gesamtfonds der Sozialversicherung beitragen, kommen nach Art. 50 in Betracht:

a) Stiftungen und Legate;

b) Geldstrafen und Sonderzuschüsse, denen diejenigen Arbeitgeber unterzogen werden, die den Vorschriften des Gesetzes zuwiderhandeln;

c) das Zinseinkommen des Sozialversicherungsreservefonds;

d) das Vermögen der Kriegsbeschädigtenanstalten nach ihrer Auflösung;

e) andere ähnliche Einkommen, die vom Gesetze in Art. 50 vorgesehen sind.

Die einheitlichen Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber, der 1,20 %ige Zuschussbeitrag der grossen Unternehmungen, die Staatsbeiträge und die anderen verschiedenen Einkommen bilden zusammen den Gesamtfonds der Sozialversicherung (Art. 53).

Der Gesamtfonds wird jährlich folgendermassen verteilt (Art. 53):

a) 40 % für die Kranken-, Mutterschafts- und Sterbegeldversicherung. Dieser Betrag soll den örtlichen Versicherungskassen zugewiesen werden, die ihn für die oben erwähnten Zwecke selbständig verwalten;

b) 40 % für die Gewährung der Invaliditäts-, Alters-, Unfall- und Hinterbliebenenrenten, sowie zur Deckung der Unterhaltungskosten derjenigen Krankenhäuser und Heilanstalten, die Eigentum der Zentralkasse sind. Aus diesem Fonds sind ferner die allgemeinen Arznei- und Heilmittelvorräte zu unterhalten, und ausserdem die schadenverhütenden Heilanstalten zu errichten und zu unterhalten;

c) 7 % für die Verwaltungskosten der Zentralkasse;

d) 7 % für die Bildung eines Fonds, der zur Rückversicherung und zur gegenseitigen finanziellen Unterstützung der örtlichen Versicherungskassen dienen soll. Dieser Fonds hat somit die Funktion einer Gemeinlast, d. h. einer gemeinsamen finanziellen Deckung für die örtlichen Versicherungskassen;

e) 6 % für die Bildung eines gemeinsamen Reservefonds. Das Einheitsgesetz bestimmt andererseits, dass sämtliche Verwaltungskosten, einschliesslich der Gehälter der Kassenärzte, sowie auch sämtliche Ausgaben für Material d. h. Sachleistungen, usw. sowohl der Zentralkasse als auch der örtlichen Versicherungskassen zusammen 18 % des Gesamtfonds der Sozialversicherung keinesfalls überschreiten dürfen (Art. 53).

Alle Überschüsse, die nach der Bestreitung der vorgesehenen Aufwendungen übrig bleiben, sollen dem Reservefonds zugeführt werden (Art. 53).

Wie der gemeinsame Reservefonds zu verwenden ist, bestimmt die Generalversammlung der Zentralkasse. Höchstens 50 % des Reservefonds dürften in Gebäuden angelegt werden. (Art. 53). Als Gebäude kommen insbesondere die Errichtung von eigenen Krankenhäusern, Heilanstalten und sogar die Finanzierung des billigen Wohnungsbaues für Arbeiter in Betracht [1]).

1) Vergl. D. R. Ioanitescu: Curs de politică socială, a a. O. S. 225.

§ 4. Die Träger der rumänischen Sozialversicherung.

Da die rumänische Sozialversicherungseinrichtung ein Einheitssystem ist, gibt es in Rumänien eine einzige oberste Zentralstelle und daneben mehrere örtliche Verwaltungsstellen.

Oberster Versicherungsträger ist die Zentralkasse der Sozialversicherung. Als örtliche Versicherungsträger gibt es: 32 örtliche Versicherungskassen.

Das Einheitsgesetz bestimmt ferner in Art. 76, dass in denjenigen Ortschaften, in denen sich mehr als 500 Versicherte befinden, auch sog. örtliche Sozialversicherungsämter errichtet werden können. Diese gelten dann ebenfalls als örtliche Verwaltungsstellen.

Die Zentralkasse ist eine selbstverwaltende öffentliche Anstalt und hat ihren Sitz in der Hauptstadt Bukarest.

I. Die Versicherungskassen sind juristische Personen und Selbstverwaltungskörper (Art. 63).

Die Versicherungskassen müssen mindestens 10.000 Versicherte umfassen.

Die Aufgaben der Versicherungskassen sind in Art. 65 des Einheitsgesetzes im einzelnen festgelegt:

a) Die Versicherungskassen sollen in ihren zuständigen Bezirken die Kranken-, Mutterschafts- und Sterbegeldversicherungen vollständig durchführen. Zu diesem Zweck erhalten die Versicherungskassen 40 % des Gesamtfonds der Sozialversicherung überwiesen. Dieser Betrag wird von ihnen gemäss den vorgesehenen Zwecken selbständig verwaltet;

b) die Versicherungskassen stellen Quittungskarten und Versicherungskarten aus; sie verkaufen die Marken, erheben die Beiträge und überwachen die Beitragszahlungen der ihnen unterstellten Unternehmungen;

c) als örtliche Organe der Zentralkasse sollen sie alle Massnahmen und Aufgaben der Invaliditäts- und Unfallversicherung ihres Bezirkes durchführen und schliesslich

d) sollen sie die Statistiken, der ihnen unterstellten Versi-

cherten aufmachen und die Buchführung über ihren gesamten Fonds und Vermögen in Ordnung halten.

Als Verwaltungsorgane der Versicherungskassen gibt es nach Art. 66:

1. einen Verwaltungsausschuss und
2. einen Direktor

Neben diesen hat jede Versicherungskasse:

3. eine ärztliche Kommission (Aerztekommission) (Art. 73) und
4. eine Aufsichtskommission (Art. 66).

1. Der Verwaltungsausschuss einer Versicherungskasse besteht aus 12 bis 18 Mitgliedern je nach der Bedeutung der Kasse. Der Verwaltungsausschuss der Versicherungskasse in Bukarest hat jedoch 20 Mitglieder (Art. 68).

Die Verwaltungsausschüsse setzen sich aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Und zwar sollen beide Gruppen jeweils Vertreter aus der Grossindustrie, aus der Kleinindustrie und aus dem Handel enthalten. (Art. 67).

Die Vertreter der Arbeitgeber aus der Grossindustrie und dem Handel werden von den entsprechenden Handels- und Gewerbekammern empfohlen, die der kleinen Gewerbetreibenden dagegen von den Arbeitskammern (Art. 67).

Die Zahl der Vertreter in den Verwaltungsausschüssen wird von dem Arbeitsminister auf Grund der Vorschläge des Verwaltungsausschusses der Zentralkasse festgesetzt (Art. 67).

Das Gesetz bestimmt ferner, dass in jedem Verwaltungsausschuss, ausser dem Direktor, auch der Oberarzt der entsprechenden Versicherungskasse und der Oberarzt des örtlichen Verwaltungsbezirks oder der Gemeinde sitzen soll. Diese Mitglieder haben aber nur beratende Stimmen (Art. 67).

Der Verwaltungsausschuss der Versicherungskasse in Bukarest wählt 20 Mitglieder, weil er ausser den oben erwähnten noch bestimmte andere sachverständige Mitglieder haben soll. Das Einheitsgesetz bestimmt diese Sondermitglieder in Art. 68.

Jeder Verwaltungsausschuss muss sich in seiner ersten Sitzung einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden aus seinen Mitgliedern wählen. Ist der Vorsitzende ein Arbeitgeber,

so muss der stellvertretende Vorsitzende ein Versichertenvertreter sein, und umgekehrt (Art. 70).

Jeder Verwaltungsausschuss muss mindestens einmal im Monat zusammentreten (Art. 70).

Die wichtigsten Aufgaben des Verwaltungsausschusses sind: die Vorbereitung des jährlichen Haushaltsplanes und die Aufstellung der jährlichen Bilanz der entsprechenden Versicherungskasse, die Entscheidung über Ernennung und Entlassung des Verwaltungspersonals, der Beamten, usw., gemäss Art. 71 des Einheitsgesetzes.

Aus den aufgezeigten Aufgaben ergibt sich, dass der Verwaltungsausschuss der Versicherungskassen ein beschliessendes Organ ist.

2. Der Direktor der Versicherungskasse ist mehr oder weniger nur ausführendes Organ, weil das Einheitsgesetz (Art. 74 und 75) bestimmt, dass er die Entscheidungen des Verwaltungsausschusses zur Ausführung zu bringen hat.

Des weiteren hat der Direktor die Führung sämtlicher Aufgaben seiner Versicherungskasse und die Versicherungskasse im Rechtsverfahren und gegen dritte Personen zu vertreten (Art. 74).

Der Direktor genehmigt ferner die Ausgaben der Versicherungskasse, im Rahmen des festgesetzten Haushaltsplanes (Art. 74).

Schliesslich soll der Direktor jährlich einen Bericht über die Tätigkeit der Versicherungskasse geben und die Arbeiten für die Aufstellung der jährlichen Bilanz und des Haushaltsplanes vorbereiten (Art. 74).

3. Die Aerztekommission wird aus den Aerzten der entsprechenden Versicherungskasse selbst gebildet und besteht aus 3 bis 7 Mitgliedern, je nach der Grösse der Versicherungskasse.

Sie ist beratendes Organ in allen ärztlichen Fragen der Versicherungskasse. Ihr Vorsitzender ist der Oberarzt. Sie wird so oft einberufen, als der Vorsitzende es für notwendig erachtet (Art. 73).

4. Die Aufsichtskommission wird vom Arbeitsminister auf Vorschlag der Zentralkasse berufen und besteht aus 3 Mitgliedern (Art. 72):

a) einem Vertreter der Arbeitgeber;

b) einem Vertreter der Versicherten und

c) einem sachkundigen Bücherrevisor.

Die Aufsichtskommission muss sich in ihrer ersten Sitzung ihren Vorsitzenden wählen.

Sie ist überwachendes Organ für die Geschäftsführung der Versicherungskasse. Zu diesem Zweck kann sie der Vorsitzende einberufen, so oft er es für notwendig hält, um unangemeldete Besichtigungen der Versicherungskasse und ihrer Buchführung vorzunehmen (Art. 72). Das Gesetz bestimmt, dass die Aufsichtskommission mindestens einmal in 3 Monaten die Geschäftsführung der Versicherunsgkasse prüfen muss (Art. 72).

II. Örtliche Sozialversicherungsämter können in Ortschaften errichtet werden, in denen sich mindestens 500 Versicherte befinden (Art. 76).

Ihre Einrichtung und ihre Auflösung erfolgt nur auf Antrag der entsprechenden örtlichen Versicherungskasse, unter Benachrichtigung des Verwaltungsausschusses der Zentralkasse und mit Genehmigung des Arbeitsministers (Art. 76).

Die örtlichen Sozialversicherungsämter werden der Leitung und der Aufsicht der entsprechenden Versicherungskasse unterstellt (Art. 76).

Die hauptsächlichsten Aufgaben dieser Aemter sind: Die Erhebung dieser Beiträge, andere Einkassierungen, vorgesehene Auszahlungen, die Ausstellung der Quittungs- und Versicherungskarten und sonstige Aufgaben, die von dem Verwaltungsausschuss der entsprechenden Versicherungskasse oder von der Zentralkasse bestimmt werden (Art. 76).

Die Arbeiten des örtlichen Amtes werden von einem Bürochef und einem oder mehreren Beamten erledigt.

Bei jedem örtlichen Sozialversicherungsamt besteht ein Ausschuss, der 4—6 Mitglieder hat, je nach der Bedeutung des Amtes. Die Mitglieder dieses Ausschusses setzen sich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Dieser Ausschuss ist ein überwachendes Organ für die Tätigkeit des entsprechenden Sozialversicherungsamtes (Art. 76).

III. Die Zentralkasse der Sozialversicherung ist der oberste Versicherungsträger der rumänischen Sozialversicherung. Sie ist eine selbstverwaltende öffentliche Anstalt und juristische Person und fungiert neben dem Arbeitsministerium (Art. 77). Sie hat ihren Sitz in Bukarest.

Die Aufgaben der Zentralkasse bestimmt das Einheitsgesetz in Art. 78:

a) Ihr obliegt die Einrichtung, Beaufsichtigung und Überwachung der örtlichen Versicherungskassen, der örtlichen Sozialversicherungsämter und auch die Tätigkeit jeder anderen Sozialversicherungsanstalt.

b) Sie verwaltet die sämtlichen Einnahmen und das gesamte Vermögen der Sozialversicherung nach den Vorschriften des Gesetzes.

c) Ihr obliegt unter Mitwirkung der anderen öffentlichen oder privaten Anstalten die Bekämpfung der sozialen und der beruflichen Krankheiten.

d) Sie hat die erforderlichen Massnahmen zur Unfallverhütung zu veranlassen und durchzuführen.

e) Sie setzt den Berufskrankheitenkatalog fest, und zwar nach den internationalen Übereinkommen, die der rumänische Staat genehmigt hat.

f) Sie arbeitet mit den Gesundheits- und Arbeitsdirektorien aus dem Arbeitsministerium zusammen zwecks Überwachung und Durchführung der Massnahmen betreffend die gewerbliche Hygiene.

g) Schliesslich obliegt ihr die Verwaltung der finanziellen Gemeinlast für die örtlichen Versicherungskassen, indem sie aus den für diesen Zweck geschaffenen Fonds[1]) die erforderlichen Beträge an die bedürftigen Versicherungskassen verteilt.

Die Verwaltungsorgane der Zentralkasse sind nach Art. 80 des Einheitsgesetzes die folgenden:

1. Die Generalversammlung;
2. der Verwaltungsausschuss und
3. die Generaldirektion.

---

1) Siehe auch S. 262.

Dazu kommen noch zwei Aufsichtsorgane, nämlich:
4. die oberste Aufsichtskommission und
5. der Regierungskommissar.

1. Die Generalversammlung besteht aus Vertretern der örtlichen Versicherungskassen und anderen Vertretern, die in Art. 81 des Einheitsgesetzes bestimmt sind:

a) Jede Versicherungskasse, die nicht mehr als 20.000 Mitgliedern umfasst, soll durch 2 Vertreter — einen Arbeitgeber und einen Versicherten — in der Generalversammlung vertreten sein. Die Versicherungskassen, die mehr als 20.000 Mitgliedern haben, sollen 4 Vertreter stellen, und zwar 2 Arbeitgeber und 2 Versicherte. Diese Vertreter der beiden Gruppn werden von den Verwaltungsausschüssen der entsprechenden Versicherungskassen, und zwar aus ihrer Mitte, gewählt;

b) 20 Vertreter von verschiedenen beruflichen Vereinen der Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Aerzte, usw., die vom Gesetz bestimmt sind;

c) die Arbeitsminister im Ruhestand, die früher mindestens ein Jahr im Dienst waren ;

d) bestimmte Sachverständige, (beispielsweise Universitätsprofessoren usw.);

e) 9 Vertreter des Staates, die vom Gesetz bestimmt sind ;

f) der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, der Generaldirektor, die 2 Untergeneraldirektoren und der Oberarzt der Zentralkasse.

Um Mitglied der Generalversammlung zu werden, müssen gemäss Art. 83 folgende Voraussetzungen erfüllt sein :

a) Das Mitglied muss die rumänische Staatsangehörigkeit besitzen.

b) das 30. Lebensjahr vollendet haben und

c) alle bürgerlichen und politischen Rechte besitzen.

Die Generalversammlung wird auf 4 Jahre gewählt. Ihr Vorsitzender ist der Arbeitsminister. Ausserdem hat sie 4 stellvertretende Vorsitzende, 2 Quästoren und 4 Sekretäre, die alle aus ihrer Mitte gewählt werden (Art. 82).

Sie soll regelmässig zweimal im Jahre zusammentreten, und

zwar einmal im März, wenn der Haushaltsplan der Zentralkasse und der Versicherungskassen genehmigt werden soll, und einmal im Oktober zur Abnahme der Bilanzen der Zentralkasse und der Versicherungskassen (Art. 82).

Zu ausserordentlichen Sitzungen kann die Generalversammlung so oft als erforderlich einberufen werden (Art. 82).

Die Aufgaben der Generalversammlung sind nach Art. 84 die folgenden:

a) Sie gibt ihr Urteil ab über alle Gesetzesentwürfe, Verordnungen und über die Ratifizierung der internationalen Übereinkommen, die die Sozialversicherung und ihre Einrichtung betreffen;

b) sie setzt die Beiträge, die Lohn- und Beitragsklassen und die Höhe der jährlichen versicherungspflichtigen Verdienstgrenze fest;

c) sie bestimmt über die Erhöhung oder Herabsetzung der Renten und der anderen Geldleistungen;

d) sie ernennt die Mitglieder des Verwaltungsausschusses der Zentralkasse und die der obersten Aufsichtskommission;

e) sie prüft und genehmigt die jährlichen Bilanzen und Haushaltspläne sämtlicher Versicherungskassen, so wie den Gesamthaushaltsplan und die Bilanz der Zentralkasse;

f) sie prüft und entscheidet über alle Fragen, die durch die Anwendung des Einheitsgesetzes entstehen und

g) nimmt Stellung zu allen Fragen, die kraft Gesetzes oder kraft der Verordnungen ihr unterstellt sind, sowie zu allen Fragen, die ihr vom Arbeitsminister oder von Generaldirektor der Zentralkasse zugewiesen werden (Art. 48).

Hieraus folgt, dass die Generalversammlung beschliessendes Organ ist.

2. Der Verwaltungsausschuss der Zentralkasse wird zum grössten Teil von der Generalversammlung selbst gewählt. Deshalb wird er ebenfalls jeweils nur auf 4 Jahre gewählt.

Der Verwaltungsausschuss besteht nach Art. 85 aus:

a) 9 Vertretern der Arbeitgeber;

b) 9 Vertretern der Versicherten;

Voraussetzung ist aber, dass in jeder Gruppe 4 Vertreter aus

der Grossindustrie, 3 aus der Kleinindustrie (Handwerk) und 2 aus dem Handel sind.

c) in gleicher Weise werden auch 9 Stellvertreter der Arbeitgeber und 9 Stellvertreter der Versicherten gewählt.

Sowohl die Vertreter als auch ihre Stellvertreter werden von der Generalversammlung selbst aus ihrer Mitte bestimmt.

d) Ferner beruft der Arbeitsminister die folgenden Mitglieder:

1 Sachverständigen, 1 Juristen, 1 Zeitungsunternehmer, den Professor f. Sozialpolitik an der Handelshochschule von Bukarest und den Generaldirektor der „Allgemeinen Staatshaushaltsbuchführung" (was etwa der „Contabilité générale de l'Etat" im Französischen entspricht).

e) Der Generaldirektor und die Untergeneraldirektoren der Zentralkasse sind ebenfalls Mitglieder des Verwaltungsausschusses; sie haben jedoch nur beratende Stimme.

In seiner ersten Sitzung muss sich der Verwaltungsausschuss einen Vorsitzenden und 2 stellvertretende Vorsitzende wählen. Nimmt der Arbeitsminister an den Sitzungen des Verwaltungsausschusses teil, so ist er ohne weiteres Vorsitzender (Art. 85).

Der Verwaltungsausschuss der Zentralkasse wird von dem Generaldirektor einberufen, und zwar mindestens einmal monatlich und so oft es erforderlich ist (Art. 85).

Die Aufgaben des Verwaltungsausschusses sind nach Art. 85 folgende:

a) Er verwaltet zusammen mit dem Generaldirektor alle Einkommen der Zentralkasse;

b) er beaufsichtigt, prüft und gibt die Linien für alle Sozialversicherungsorgane im Rahmen des Gesetzes.

Ohne Benachrichtigung des Verwaltungsausschusses der Zentralkasse können keine Versicherungskassen und keine örtlichen Sozialversicherungsämter errichtet werden (Art. 64 und 76).

3. Die Generaldirektion besteht aus

1 Generaldirektor und

2 Untergeneraldirektoren: dem einem untersteht die verwaltungstechnische Abteilung, dem anderen die verwaltungsjuristische Abteilung.

Die Generaldirektion überwacht die Anwendung aller Gesetze

3 Monaten die Geschäftsführung und die Buchführung der Zentralkasse prüfen. Über ihre Feststellungen soll sie einem Bericht anfertigen und diesen dem Arbeitsminister und der Generalversammlung der Zentralkasse einreichen (Art. 89).

5. Der Regierungskommissar ist das hauptsächlichste Aufsichtsorgan der Zentralkasse und der gesamten Sozialversicherung, weil er den Staat vertritt.

Der Regierungskommissar soll nach Art. 90 des Einheitsgesetzes die Aufsicht über die gesamte Tätigkeit der Zentralkasse führen. Zu diesem Zweck nimmt er an allen Sitzungen der Generalversammlung und des Verwaltungsausschusses der Zentralkasse teil, obwohl er in diesen Sitzungen kein Abstimmungsrecht hat.

Der Regierungskommissar muss den Arbeitsminister immer schriftlich benachrichtigen, wenn eine Entschliessung der Generalversammlung oder des Verwaltungsausschusses den Gesetzen, den Staatsinteressen oder den Interessen der Anstalt selbst entgegensteht. Der Arbeitsminister hebt in diesem Falle diese Entschliessung solange auf, bis das betreffende Organ nochmals über dieselbe Frage beraten hat (Art. 90).

Der Regierungskommissar wird mit Genehmigung des Ministerrats vom Arbeitsminister ernannt. Er muss eine akademische Vorbildung haben und mit den Problemen der Sozialversicherung vollkommen vertraut sein. Er soll kein anderes öffentliches Amt bekleiden und nicht Mitglied des Parlaments sein (Art. 90).

§ 5. Das Verfahren in der rumänischen Sozialversicherung.

Für die Erledigung aller Streitigkeiten, die durch die Anwendung des Gesetzes zwischen den Arbeitgebern oder den Versicherten und den zuständigen Versicherungskassen oder zwischen den Arbeitgebern und den Versicherten selbst entstehen können, hat das Einheitsgesetz die Bildung von Gerichtskommissionen bei den einzelnen Versicherungskassen vorgesehen; ferner die Bildung einer Berufungsgerichtskommission bei der Zentralkasse als oberste Spruchbehörde (Art. 10, 102).

1. Die Gerichtskommissionen bestehen aus 3 Personen, (Art. 101):

a) Einem Richter des örtlichen Gerichtshofes. Gibt es in dem betreffenden Bezirk einen Arbeitsgerichtshof, so wird der Richter aus diesem gewählt;

b) einem Vertreter der Arbeitgeber und

c) einem Vertreter der Versicherten.

Die beiden Vertreter werden von dem Verwaltungsausschuss der örtlichen Versicherungskasse ernannt. Für jeden Vertreter wird ferner ein Stellvertreter bestellt.

Die Mitglieder der Gerichtskommissionen werden auf 4 Jahre berufen (Art. 101).

Gegen die Entscheidungen der Gerichtskommissionen kann man binnen 30 Tagen bei der Berufungsgerichtskommission Berufung einlegen (Art. 101).

2. Die Berufungsgerichtskommission besteht bei der Zentralkasse und gilt als oberste Spruchbehörde.

Die Berufungsgerichtskommission entscheidet nicht nur in den Berufungssachen gegen die Entschliessungen der Gerichtskommissionen, sondern auch in Berufungen gegen Entscheidungen des Verwaltungsausschusses der Zentralkasse (Art. 102).

Die Berufungsgerichtskommission wird ebenfalls jeweils auf 4 Jahre gewählt und besteht aus den folgenden 6 Mitgliedern:

a) 3 Gerichtsratsmitgliedern des Staatsobergerichtshofes;

b) einem vorgesetzten Beamten aus dem Arbeitsministerium. Er muss aber eine akademische Ausbildung haben und mit den Problemen der Sozialpolitik weitgehend vertraut sein;

c) je einem Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten, die von der Generalversammlung aus ihrer Mitte gewählt werden.

Der dienstälteste Richter ist jeweils Vorsitzender der Berufungsgerichtskommission (Art. 102).

VIERTER ABSCHNITT.

DIE PROBLEMATIK DER SOZIALVERSICHERUNG.

ZEHNTES KAPITEL:

DIE KRITIK DER SOZIALVERSICHERUNG.

§ 1. Soziologische Kritiken.

I. Vom Individuum abgeleitete Kritiken.

1. Die Einschränkung der individuellen Freiheit.

Die Einwendungen des Individuums gegen die Sozialversicherung richten sich in erster Linie gegen den gesetzlichen Zwang derselben. Es ist in der Tat nicht abzuleugnen, dass die Sozialversicherung die individuelle Freiheit bis zu einem gewissen Grade einschränkt. Eine scharfe Kritik erfuhr die Sozialversicherung aus diesem Grunde vor allem aus den Kreisen der liberalistisch Denkenden [1]).

Unter den ersten und grossen Kämpfern gegen den Zwang in der Sozialversicherung sind Paul Leroy-Beaulieu und Ive Guyau zu nennen. Paul Leroy-Beaulieu schrieb in jenen Zeiten in der Zeitschrift „L'Economiste français", dass die einzige Lösung der grossen Schwierigkeiten, die durch das Inkrafttreten eines französischen obligatorischen Sozialversicherungsgesetzes entstanden wären, nur die Abschaffung des Versicherungszwanges sein könnte [2]).

Diese Angriffe gegen den gesetzlichen Zwang in der Sozial-

---

1) Vergl. darüber auch: Paul Pic: Traité élémentaire de legislation industrielle. Paris 1933. S. 1016—17: „Et qu'on ne vienne pas répéter sans cesse, avec les libéraux, que l'assurance obligatoire est une atteinte à la liberté"; und I. N. Angelescu: Asigurările sociale în statele moderne. București 1913. S. 154—155.

2) I. N. Angelescu, a. a. O. S. 153.

versicherung finden sich auch in der deutschen Literatur [1]) und zwar nicht nur zur Zeit der Einführung der Sozialversicherung, sondern bis in die jüngste Zeit immer wieder. So schrieb kürzlich Horneffer, dass der Versicherte „nicht freiwillig seine Beiträge abgibt. Er muss sie abliefern, der Staat entreisst sie ihm". [2]). Die Sozialversicherung entnimmt ihre Mittel zwangsweise „unter dem Druck", und „das ist wider jeden sittlichen Anstand" [3]).

Eine derartige Kritik zeigt mit aller Deutlichkeit, dass ihr Vertreter noch auf den Theorien der liberalistischen Schule fusst, — Theorien, die aber heute vollkommen veraltet sind, nachdem sich die sozialwirtschaftliche Weltanschauung der Menschen grundlegend geändert hat. Jener berühmte Satz des „laisser faire, laisser passer", der im Wirtschaftsleben der Völker wohl niemals eine vollkommen uneingeschränkte Geltung besessen hat, erscheint uns heute als ein Anachronismus gegenüber dem zielbewussten Eingreifen des Staates und der Planwirtschaft.

Es liegt gerade im Interesse des versicherten Individuums, dass der Versicherte zwangsweise zur Sozialversicherung beitragen muss, und dass auf diese Weise sowohl die Sicherung seines Lebens, seiner Gesundheit als auch die Existenzsicherung seiner Familie gewährleistet wird.

Und schliesslich ist der Zwang zur Sozialversicherung nicht die einzige Zwangsmassnahme seitens des Staates, dem sich das Individuum im Interesse des Gemeinwohles der Volksgemeinschaft unterordnen muss und auch meist als selbstverständlich hinnimmt, so beispielsweise die Schulpflicht, die heute überhaupt nicht mehr in Abrede gestellt wird, und ebenso die staatlichen Massnahmen zum Schutze der Volksgesundheit. Auch alle wichtigen Staats-

---

1) Vergl. G. Albrecht: Grundfragen der Sozialversicherung, Berlin 1929. S. 16: „Die Kritik an der deutschen Sozialversicherung ist so alt, wie diese selbst. Aber die schon bei ihrer Einführung auftretenden Widerstände gegen den Gedanken der Sozialversicherung als solchen, z. B. von dem manchesterlichen Standpunkt aus, dass sich soziale Vorsorge auf Grund gesetzlichen Zwanges nicht mit den Grundsätzen der freien Wirtschaft vertrage, ist bald verstummt, weil sich offenbar die Einrichtung bewährte".

2) E. Horneffer, Frevel am Volk. Gedanken zur deutschen Sozialpolitik. 2. Aufl., Leipzig 1930. S. 21.

3) E. Horneffer, a. a. O. S. 54.

dienste, die im Interesse der Allgemeinheit geschaffen werden, wie die nationale Verteidigung (Landesverteidigung, Wehrmacht), die Schutzpolizei, die Kriminalpolizei, usw. beruhen auf einer Einschränkung der individuellen Freiheit, die gegenüber dem höheren Interesse der Volksgemeinschaft zurücktreten muss. Ist ein solcher Staatsdienst einmal eingerichtet, dann bringt er dem Einzelnen grosse Vorteile, so z. B. eine grössere Sicherheit seines Lebens, die Freiheit der wirtschaftlichen Betätigung, usw.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse in der Sozialversicherung. Sie dient nicht nur den sozialen Interessen der Allgemeinheit, sondern noch mehr denen des Individuums. Die Sozialversicherung ist für den Einzelnen von so grossem Vorteil, weil sie gerade die Existenz der niedrigen sozialen Schichten, d. h. der arbeitenden Klassen mit den geringsten Einkommen in zweifacher Weise sichert. Vor allem bietet sie den Versicherten selber eine Lebensmöglichkeit, die infolge des gefahrvollen modernen Produktionsprozesses arbeitsunfähig oder invalid geworden sind; ferner gibt sie jedem arbeitenden Menschen die Möglichkeit, seine Arbeitskraft voll und ganz für seine Berufsarbeit einzusetzen, weil jeder Versicherte von vornherein weiss, dass sein Leben und die Existenz seiner Familie gegen die Unsicherheiten und möglichen Unglücksfälle der Zukunft gesichert ist[1]).

Hieraus ergibt sich ohne weiteres, dass die obligatorische Sozialversicherung nicht so sehr eine Einschränkung der individuellen Freiheit bedingt, dass sie vielmehr erst die volle Entfaltung der Persönlichkeit ermöglicht, weil die Arbeitermassen unter dem Zwang der Sozialversicherung ihr eigenes Wohl, ihre Existenzsicherung und diejenige ihrer Familien bewirken. So ist der Versicherungszwang nichts anderes als eine Verstärkung der Selbsthilfe und der „Selbstverantwortlichkeit des einzelnen.... für sich und seine Familie zu sorgen"[2]).

Andererseits würden, wenn der Versicherungszwang nicht bestände, gerade diejenigen Werktätigen nicht in den Genuss der

1) Vergl. I. N. Angelescu: a. a. O. S. 163.

2) P. Moldenhauer: Versicherungs- oder Versorgungsprinzip in der deutschen Sozialversicherung. Zeitschr. für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 22. Berlin 1922. S. 180.

Sozialversicherung kommen, die diese sozialen Wohltaten am dringendsten brauchen, weil sie den Lebens- und Arbeitsgefahren am meisten ausgesetzt sind. Aus diesem Grund stellt Albrecht mit vollem Recht fest, dass „kein Mensch das besondere Bedürfnis der Arbeiterschaft nach einem solchen Existenzschutz leugnen kann". [1]).

Wie schon im zweiten Abschnitt dieser Arbeit ausgeführt (S. 72), hat die Erfahrung zudem gezeigt, dass dort, wo der Beitritt zur Sozialversicherung freiwillig war, der grösste Teil der Arbeitnehmerschaft sich nicht versichert hatte.

Daraus folgt eindeutig die Notwendigkeit des Versicherungszwanges oder, um noch einmal die Formulierung des Internationalen Arbeitsamtes zu gebrauchen, dass „eine Sozialversicherung nur als Pflichtversicherung denkbar" ist [2]).

Unter Berücksichtigung der aufgezeigten Vorteile der obligatorischen Sozialversicherung kann man mit Paul Pic sagen, dass die Sozialversicherung „die individuelle Freiheit erhöht, und weitab von ihrer Unterdrückung liegt" [3]). Der Arbeiter, der gegen die drohenden Arbeits- und Lebensgefahren gesichert ist, wird selbstbewusster und dementsprechend nicht so leicht geneigt sein, für einen unangemessenen niedrigen Lohn zu arbeiten.

Alle Einrichtungen, die auf dem Solidaritätsgedanken beruhen, und die Sozialversicherung ist eine von denjenigen sozialen Einrichtungen, die den Solidaritätsgedanken durch das bekannte und gesunde soziale Prinzip des „einer für alle, und alle für einen" in besonderem Masse fordert — geben dem Arbeiter eine reale Freiheit, weil sie ihm die Verfügung über diejenigen Mittel sicherstellt, mit denen er „seine Würde eines freien Menschen" [4]), und eines selbstbewussten Staatsbürgers bestärkt. Wenn er sich und seine Familie für die Zukunft gesichert weiss, wird er eine erniedrigende soziale Stellung wie die „der Armenpflege, die ihn demütigt und der Bettelei, die ihn verletzt" [5]) ablehnen.

---

1) G. Albrecht: a. a. O. S. 13.
2) Siehe auch S. 70—73 dieser Arbeit.
3) P. Pic: a. a. O. S. 1017.
4) P. Pic: a. a. O. S. 1017.
5) Ebenda.

2. Die Förderung des Mangels an Selbstfürsorgepflichtbewusstsein

ist ein weiterer von dem Individuum abgeleiteter Vorwurf gegen die obligatorische Sozialversicherung. Es ist zwar vielfach behauptet worden, dass die Sozialversicherung den naturbedingten Mangel an Selbstfürsorgepflichtbewusstsein des Individuums noch bestärke, gerade weil sie obligatorisch sei [1]).

Paul Pic schreibt auch diese Kritik der weltanschaulichen Einstellung der Liberalisten zu: „Et qu'on ne vienne pas répéter sans cesse, avec les liberaux, que l'assurance obligatoire est une prime a l'imprevoyance..." [2]).

Heute, wo infolge der Mechanisierung der Produktion die Unfälle unvermeidlich und die Berufskrankheiten häufiger geworden sind und die Menschen vorzeitig altern, noch von einer Begünstigung des Mangels an Selbstfürsorgepflichtbewusstsein der Menschen zu sprechen, hiesse im Geist der vergangenen Jahrhunderte denken, als das Wirtschaftsleben noch im Zeitalter der handwerklichen Gesinnung der alten Gilden und Zünfte stand.

Schliesslich beruht diese Kritik auf einem grundlegenden Irrtum, denn gerade der Mangel an Selbstfürsorgepflichtbewusstsein der niedrigen sozialen Klassen war ja die tiefste Ursache für das Entstehen der obligatorischen Sozialversicherung [3]). Und wenn die Sozialversicherung zur Bekämpfung dieses Mangels an Selbstfürsorgepflichtbewusstsein eingeführt wurde, so kann sie diesen Mangel doch nicht vergrössern.

Wir kommen daher zu der Erkenntnis, dass die Einwendung gegen die obligatorische Sozialversicherung, die vom Individuum abgeleitet werden, sich nicht als stichhaltig erweisen.

II. Von der Familie abgeleitete Kritiken.

Die zweite Reihe von Kritiken, die man gegen die obligatorische Sozialversicherung vorgebracht hat, gehen von dem Inte-

---

1) Vergl. D. R. Ioanițescu: Renașterea Meseriilor, București 1931. S. 284.

2) P. Pic; a. a. O. S. 1016—1017.

3) Siehe die Ausführungen in dieser Arbeit auf S. 12—14.

ressenkreis der Familie aus, und zwar soll die Sozialversicherung den Familiengeist und die Familienverbundenheit beeinträchtigen.

Man wirft der Sozialversicherung vor, dass sie „den sittlichen Geist der Familiengesinnung und Familienverbundenheit nicht hebt, sondern sie zerreisst und zerstört diese Bande“ [1]). „Wenn die Eltern wissen, dass sie dereinst im Alter auf ihre Kinder angewiesen sind, dann werden sie sich auch etwas Mühe und Sorgfalt mit der Erziehung machen“ [2]). Da die Altersversicherung aber den Eltern im hohen Alter Renten gewährt, so ist sie abzulehnen, weil sie „diesen natürlichen Antrieb aus der Familie“ ausschaltet, weil sie „damit dem Familiengeist die schwerste Wunde schlägt“ [3]).

Da die Sozialversicherung gerade diejenigen Arbeitermassen erfasst, wo die schwierigen wirtschaftlichen Verhältnisse infolge zu geringer Entlohnung den Familiengeist verdunkeln, scheint diese Kritik auf den ersten Blick einleuchtend zu sein. Aber wie kümmerlich auch die Lage der Arbeitermassen sein mag, so ist es dennoch unnatürlich zu glauben, dass der „natürliche Antrieb“ der Eltern, für das Fortkommen ihrer Kinder zu sorgen, von den materiellen Unterstützungen abhängig wäre, die sie später im hohen Alter von ihren Kindern erwarten.

Der Familiengeist kann und darf nicht in Geld geschätzt werden, ebensowenig wie bei dem natürlichen Familienantrieb materielle oder kaufmännische Erwägung unterstellt werden dürfen. Sehr oft sieht man Eltern, deren Aufopferungsgeist gegenüber ihren Kindern so weit geht, dass sie sich schon zu Lebenszeit von ihrem Vermögen trennen, um es den Kindern zu schenken. Dementsprechend ist für den merkantilistischen Geist in den Beziehungen zwischen Eltern und Kindern kein Platz.

Selbst wenn man das Familienleben und die Familienverbundenheit vom materialistischen Standpunkt aus betrachtet, so zeigt es sich dennoch, dass diese Kritiker keineswegs im Recht sind. Denn die Sozialversicherung ist in erster Linie eine Einrichtung für diejenigen Arbeitermassen, die nur ein geringes Einkommen

---

1) E. Horneffer: a. a. O. S. 40.
2) Ebenda.
3) Ebenda.

haben und die der Gefahr der Arbeitslosigkeit und dem Hungergespenst täglich ausgesetzt sind. Daher haben die erwachsenen Kinder, die wegen der wirtschaftlichen Krisen in einer steten Ungewissheit und Sorge um den nächsten Tag leben, „ein viel grösseres Interesse an der Aufnahme und Pflege alter Familienangehöriger, die einen kleinen Rentenanspruch besitzen“ [1]), mag er auch noch so klein sein. „Eine solche Rente bedeutet oft das einzige Mittel, dass sich der Schwiegersohn mit der Aufnahme des Vaters oder der Mutter der Frau in den eigenen Haushalt einverstanden erklärt“ [2]).

Überprüft man das Familienleben weiter, unter dem Gesichtspunkt der materialistischen Weltanschauung, so sieht man, dass auch die Alten und Kranken ein grosses Interesse an der Sozialversicherung haben, eben aus dem Wunsche, im Kreise ihrer Familie bleiben zu können, weil „die Leistungen der Sozialversicherung zur Führung eines eigenen Haushaltes nicht ausreichen, und sie ohne den Rückhalt familiärer Beziehungen auf die geschlossene Fürsorge angewiesen wären“ [3]).

Ein weiterer und entscheidender Beweisgrund für die Förderung des Familienlebens durch die Sozialversicherung liegt in den grossen Erfolgen, die durch die Ausdehnung der Sozialversicherungsgesetze auf die Familienangehörigen der Versicherten erzielt worden sind. „Die neuen Gesetze sehen nicht bloss auf den Versicherten, sie berücksichtigen auch die Angehörigen, die er zu ernähren hat“ [4]). Als Beispiele für die Ausdehnung des obligatorischen Versicherungsschutzes auf die Familie des Versicherten führt Grieser folgende an: die Familienkrankenpflege, die immer mehr und mehr Fortschritte macht, die Gewährung von Wochenhilfe auch an Familienangehörige von Versicherten, die Unterstützung der Rentenempfänger in der Ernährung und Er-

1) Manes: Versicherungswesen. Bd. III. a. a. O. S. 204.

2) Ebenda.

3) Manes: Versicherungswesen. 3. Bd., a. a. O. S. 204.

4) A. Grieser: Die gegenwärtigen Probleme der Sozialversicherung. Zeitschr. für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 26. Berlin 1926. S. 142.

ziehung ihrer Kinder, besonders durch den monatlichen Kinderzuschuss und schliesslich auch die Hinterbliebenenfürsorge [1]).

Insbesondere infolge dieser erfreulichen Erweiterungen der Sozialversicherung zum Wohle der Familie des Versicherten kann man mit Recht sagen, dass die Sozialversicherung wesentlich zur Festigung des Familienlebens gerade der Arbeitermassen beiträgt, dass sie „eine Förderung des Familiengeistes und Familienlebens bringt" [2]). Man kann sogar sagen, dass die Einrichtungen der Sozialversicherung in gewissem Sinne eine Ausweitung des Schutzes des Familienherdes bedeuten: „Wenn der Arbeiter sieht, dass er selbst, seine Frau und seine Kinder Vorteile von der Sozialversicherung haben, wenn er weiss, dass nach dem unerwünschten Todesfall die Existenz seiner Hinterbliebenen gesichert sein wird, dann wächst in ihm der Glaube, dass die Sozialversicherung gleichsam eine Verlängerung des Schutzes des Elternhauses ist, und dieses Bewusstsein wird immer das Familienleben festigen" [3]).

III. Vom Volke abgeleitete Kritiken.

Die dritte Reihe von Argumenten gegen die Sozialversicherung wird vom Volke und seinen lebenswichtigen Interessen abgeleitet. Die Anhänger dieser Kritik behaupten, dass der Lebenskreis eines Volkes durch das Vorhandensein und die Auswirkungen der Sozialversicherung erheblich beeinträchtigt werden.

Diese Kritik tauchte schon sehr frühzeitig auf und zwar in dem letzten Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts, nachdem Prof. Oppenheim im Jahre 1889 die „traumatische Neurose" entdeckte [4]).

Anfang der 90. Jahre kam denn auch die erste grosse Woge der Unfallneurosen-Flut, die um 1905 in der Presse, im Parla-

1) A. Grieser: a. a. O. S. 143.

2) A. Manes: Versicherungswesen. I. Bd. Allgemeine Versicherungslehre. Leipzig und Berlin 1930. S. 71.

3) D. R. Ioanițescu: Curs de politică socială, București, Edit. Muguri, 1934. S. 230.

Vergl. F. Friedensburg: Die Praxis der deutschen Arbeiterversicherung. Zeitschr. für Politik. 4. Bd., 1911. S. 358.

ment und in der Politik einen starken Widerhall gefunden hat[1]).

Diese Angriffe wurden zu den umstrittensten Fragen der Sozialversicherung, und ihretwegen wurde eine lange Reihe von Büchern geschrieben.

Unter den Hauptgegnern der obligatorischen Sozialversicherung hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Volksgemeinschaft sind zu nennen: Friedensburg[2]), Bernhard, Liek, Hartz, Horneffer; unter ihnen im besonderen die letzten vier, deren Werke schon im Titel ihre erbitterte Gegnerschaft ausdrücken:

L. Bernhard-Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik (Berlin 1912);

E. Liek-Die Schäden der sozialen Versicherungen. (München 1928).

G. Hartz-Irrwege der deutschen Sozialpolitik (Berlin 1928).

E. Horneffer-Frevel am Volk (Leipzig 1930).

Die vom Volkeabgeleiteten Kritiken der Sozialversicherung behaupten, dass die Sozialversicherung eine der grössten Gefahren für die Moral eines Volkes sei, weil fast alle Versicherten durch Heuchelei, Simulation, Vortäuschung, Verlockung, Betrügereien usw. versuchen, auf Kosten der Gesamtheit persönlichen Nutzen aus den Sozialversicherungseinrichtungen zu ziehen, mit anderen Worten, ohne Arbeit auf Kosten der Sozialversicherung zu leben, entweder durch den Bezug von Renten oder von Krankengeldern. Ferner wird behauptet, dass die Sozialversicherung nicht nur die moralische Auffassung eines Volkes untergrabe, sondern auch die physische Volksgesundheit vernichte und zwar deshalb, weil fast alle Versicherten versuchen, die oben genannten Renten und anderen Geldbezüge durch Krankheitszüchtung, Krankstellen, Entmannungen, Lähmung des Willens zur Gesundheit usw. so lange wie möglich zu erhalten. Daraus schliessen diese Kritiker, dass

---

1) Nähere Angaben über die Entstehungsursachen dieser Kritiken siehe bei Otto v. Zwiedineck-Südenhorst: Simulation und Rentenhysterie bei der Reform der sozialen Versicherung. Zeitschr. für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 6., 1906. S. 20–34; und W. Hellpach: Rentenhysterie, Zeitschr. für die gesamte Vers. Wiss. Bd. 8., 1908. S. 268.

2) F. Friedensburg: Praxis der deutschen Arbeiterversicherung. a. a. O.

die Sozialversicherung nur zu einer moralischen Entartung und zu einer körperlichen und seelischen Verweichlichung des Volkes führen kann.

Im einzelnen wurden u.a. folgende Argumente gegen die Sozialversicherung vorgebracht:

Die Sozialversicherung bedeutet „eine grosse Gefahr für das Volkswohl, sie verweichlicht das Volk, ja erzieht zur Rentensucht“ [1]). Die Sozialversicherung ist „nützlich für den einzelnen, aber verderblich für das ganze Volk“ [2]); sie ist „ein überaus gefährlicher Giftkeim“, weil sie „die sittliche Gesundheit des Volkes zu unterhöhlen droht“ [3]).

Horneffer behauptet des weiteren: „Es ist ein schwächliches Schmarotzertum, das hier gezüchtet wird. Die Trägen, Süsslichen, Wehleidigen leben auf Kosten der Fleissigen, Tüchtigen, derer, die gegen sich selbst hart und streng sind, die Minderwertigen beuten die Besseren, beuten die Arbeitskraft der gesamten Nation aus“ [4]); denn „so ist dem Faulenzertum und dem Schmarotzertum Tür und Tor geöffnet“ [5]).

Die heftigsten Angriffe betreffen die Kranken- und die Unfallversicherung, die immer wieder mit folgenden Schlagworten bedacht werden: „Simulation“, „Krankheitszüchtung“, „Rentensucht“, „Rentenhysterie“, „Rentenpsychose“, „Rentenneurasthenie“, „Rentenhypochondrie“ u.a.

Bei der Krankenversicherung spricht man von dem mangelnden Willen zur Gesundheit und zur schnellen Genesung, weil durch Heuchelei und Simulation ohne Arbeit ein Vorteil aus der Versicherung gezogen werden könne. Die Verlockung, Krankheit vorzutäuschen oder zu übertreiben, um ohne Arbeit zu Geld zu kommen, sei so gross, dass alle Menschen sich gelegentlich krank stellen werden. Die Neigung zum Krankstellen bekommt den Charakter einer Epidemie; die Heuchelei wird eine Kunst, das

1) E. Horneffer: Frevel am Volk, Gedanken zur deutschen Sozialpolitik. 2. Aufl. Leipzig 1930. S. 31.
2) E. Liek: Die Schäden der sozialen Versicherungen und Wege zur Besserung. 2. Aufl. München 1928. S. 51.
3) E. Horneffer: a. a. O. S. 22.
4) Ebenda. S. 26—27.
5) Ebenda. S. 23.

Kranksein ein Beruf, und die Krankenhäuser werden richtige „Hochschulen für Simulation". So würden allmählich alle Menschen die Krankheitszüchtung als etwas Selbstverständliches als etwas Normales ansehen. Daher sagt Horneffer: „Es heisst geradezu die Menschen zur Heuchelei erziehen, zur Verstellung zwingen, wenn man ihnen eine derartige Möglichkeit und zwar völlig gefahrlos vor Augen rückt. Da die Krankheit keinerlei persönliche Nachteile, sondern sogar Vorteile gewährt, nämlich Gewinn ohne Mühe, Leben ohne Anspannung, so ist es begreiflich, dass sich die Menschen krank stellen" [1]). „Wenn die Krankheit Vorteile bringt — etwas wider alle natürliche Weltordnung! —, so ist doch selbstverständlich, dass die Menschen, um diese Vorteile zu gewinnen, sich zur Krankheit drängen, krank sein wollen" [2]).

Liek sah fast ebenso schwarz in bezug auf die Krankenversicherung wie Horneffer: „Die Krankenversicherung untergräbt die Mannhaftigkeit, begünstigt körperliche und seelische Verweichlichung, führt zu bewusster Krankheitszüchtung" [3]). „Die Krankenversicherung hat viele Volksgenossen unnötig krank gemacht, das Kranksein zum Beruf erhoben" [4]).

Auf Grund all dieser Behauptungen, stellt Bernhard fest, dass man nicht zu Unrecht „die Krankenhäuser geradezu als Hochschulen für Simulation bezeichnet" [5]).

In der Rentenversicherung und insbesondere in der Unfallversicherung will man ein unverschämtes Rentenverlangen konstatieren können, ganz gleichgültig, ob wirklich eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt oder nicht [6]). Weil die Renten nicht so kurz befristet sind wie die Leistungen der Krankenversicherung, behaupten die Kritiker, dass die Versicherten auf alle mögliche und unmögliche Weise versuchten, ihre Krankheiten zu verlän-

1) E. Horneffer: a. a. O. S. 23.

2) Ebenda. S. 23.

3) E. Liek: a. a O. S. 21.

4) E. Liek: a. a. O. S. 111—112.

5) L. Bernhard: Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik. Berlin 1912. S. 61.

6) Vergl. auch R. Wilbrandt: Zur Kritik der Sozialversicherung in Deutschland, Le Assicurazioni Sociali. Anno VII, Nr. 3, Rom 1931. S. 59, 61—62.

gern und, was noch viel unmoralischer sei, die Verletzungen und Krankheiten zu verschlimmern, um eine möglichst hohe Rente zu bekommen [1]). Deswegen wird die Rentensucht fast immer ein trügerisches „Raffinement" [2]) und sogar die Erleidung von eigener Entmannung und Verstümmelung zum Beweggrund haben. Die Rentensucht ist so gross geworden, dass man sich sogar eine dauernde berufliche Invalidität oder ein vorzeitiges Alter wünscht [3]).

Die Gegner der Rentenversicherung behaupten ferner, dass die Sucht nach Renten den Charakter einer Hysterie, Neurasthenie oder Hypochondrie annehmen, da die Versicherten ohne Arbeit Dauerrenten bekommen könnten. So schreibt Horneffer: „Es ist einfach selbstverständlich, dass eine unbegrenzte Begehrlichkeit nach Renten geweckt wird, wenn man in dieser Weise ein Schlaraffenleben vor die Menschen als erreichbar hinzaubert" [4]).

Man behauptet sogar, dass das höchste Ideal fast aller Volksgenossen das Erhalten eines Renteneinkommens aus der Sozialversicherung geworden sei; dass fast alle Volksgenossen Sozialversicherungspensionäre oder Staatspensionäre sein wollen. So schreibt z.B. Horneffer: „Ein arbeitsloses Renteneinkommen ist für viele Volksgenossen zum höchsten Ideal geworden, dem sie mit allen erlaubten und unerlaubten Mitteln nachstreben" [5]).

Nach der Meinung der vorgenannten Kritiker sind die einzigen positiven Erfolge der Sozialversicherung für die Volksgemeinschaft: moralische Entartung, seelische und körperliche Verweichlichung des Volkes, ja sogar Hass der Arbeit und Verfall der Nation. Hinsichtlich der Abneigung der Arbeitermassen gegen

---

1) So behauptet Bernhard, „die Versicherten suchten ihre Beschwerden, Schmerzen, Gelenksteifigkeiten so zu datieren, dass eine möglichst hohe Rente bemessen werden muss", Bernhard, a. a. O., S. 60.

2) L. Bernhard: a. a. O. S. 60.

3) In erster Linie gelten die Angriffe der Unfallversicherung, aber auch die Invalidenversicherung ist nicht verschont geblieben. Beispielsweise sagt Liek: (a. a. O. S. 112) „Die Invalidenversicherung hat viele Menschen vorzeitig arbeitsunlustig und damit arbeitsunfähig gemacht und die Unfallgesetzgebung hat Begehrungssucht, zerrütten-den Rentenkampf und Simulantenunwesen geschaffen".

4) E. Horneffer: a. a. O. S. 36.

5) Ebenda.

die Arbeit schreibt Horneffer: Jedem „fällt das Geld in den Schoss. Kann das ihre Arbeitsfreude stärken? Müssen sie nicht einen tiefen Hass auf die Arbeit, die ihnen so ungerecht zufällt, einsaugen?“ [1]) Liek geht in seiner Kritik noch weiter, indem er sogar den Verfall der Nation daraus folgert: „Wir werden ja sehr bald dahin gelangt sein, dass nur noch ein kleinerer Teil unserer Bevölkerung arbeitet und schafft, der grössere Teil aber aus Rentenempfängern besteht“ [2]). Und Horneffer sagt in diesem Zusammenhang: „Man treibe diese soziale Sittlichkeit nur noch weiter so und man wird unser ehemals tüchtiges, arbeitswilliges Volk in kurzer Zeit nicht wiedererkennen“ [3]). „Wahrheit und Klarheit müssen in unserem Volke wieder zu Ehren kommen oder die Rache des Schicksals ergreift uns bald, bald“ [4]).

Die vom Volke abgeleiteten Kritiken, die von einem Aufwand an Beweisgründen gestützt werden, vermögen dennoch die wirklichen Sachkenner der obligatorischen Sozialversicherung nicht zu überzeugen und noch weniger ihren Glauben an eine segensreiche Zukunft der Sozialversicherung zu erschüttern.

Man kann diesen Gegnern der Sozialversicherung die sehr erfreulichen Erfolge gerade der obligatorischen Sozialversicherung aus den verschiedensten Ländern entgegenhalten, wo die Sozialversicherung für Millionen von Arbeitnehmern sorgt und gesorgt hat. Diese Leistungen werden im nächsten Kapitel dieser Arbeit noch ausführlich zu erörtern sein.

Sicher mögen einige der erhobenen Vorwürfe zu einem gewissen Grade berechtigt sein, man darf sie aber deshalb keineswegs verallgemeinern. Es liegt eben in der Natur der Sache, um mit Zahn zu sprechen, dass „wie gerade die besten Einrichtungen, so auch die Arbeiterversicherung missbräuchlicher Ausnützung ausgesetzt ist [5]).

Der Grund dafür ist darin zu suchen, dass die Sozialversiche-

1) E. Horneffer: a. a. O. S. 37.

2) E. Liek: a. a. O. S. 31.

3) E. Horneffer: a. a. O. S. 38.

4) Ebenda. S. 45.

5) F. Zahn: Belastung durch die deutsche Arbeiterversicherung. Zeitschr. für die gesamte Versicherungswiss., Bd. 12. Berlin 1912. S. 1141.

rung es nicht mit objektiv vollkommenen messbaren Tatbeständen zu tun hat, sondern mit dem unwägbaren und unmessbaren Element der Persönlichkeit der Versicherten [1]). Und weil die Zahl der Versicherten in den heutigen Sozialversicherungseinrichtungen sehr gross ist — beispielsweise belief sich die Zahl der Versicherten in Deutschland im Jahre 1934 auf ungefähr 24 Millionen — „so kann die absolute Ziffer missbräuchlicher Ausnützungen gross erscheinen, wenn auch der Bruchteil der Fälle, in denen „unerwünschte Folgen" auftreten, ganz gering ist" [2]).

Die Simulation besteht, man kann sie nicht wegleugnen. Die Sucht nach einem arbeitslosen Einkommen kann man bei Menschen mit einer niedrigen Gesinnung auch unterstellen, jedoch darf man auf Grund dieser Tatsache nicht auf die Gesamtheit der Versicherten schliessen. Man kann doch nicht behaupten, dass die Arbeiterschaft im allgemeinen, und im besonderen die deutsche, an welche die oben erwähnten Kritiker Bernhard, Liek, Horneffer usw. in erster Linie denken, moralisch so verfallen sei, dass die Simulation und Rentensucht ihr höchstes Ideal geworden sei. Es ist unmöglich, gerade jenen sozialen Klassen jedes edelere Gefühl abzusprechen, gerade im Gegenteil verdienen sie alle Achtung, weil sie immer viele materielle Entbehrungen zu ertragen haben. Keinem Volk der Welt, auf einer wie niedrigen Kulturstufe es auch stehen mag, darf man nachsagen, dass es einen allgemeinen moralischen Mangel besitzt. Man kann es auch einfach nicht glauben, dass das höchste Ideal der Völker die Simulation, Rentensucht, Heuchelei, das Faulenzertum und Schmarotzertum geworden sei. Die Simulation, Heuchelei, Rentenhysterie usw. sind nur pathologische Fälle und kommen nur vereinzelt vor, so dass es unsinnig wäre, von einer grossen Gefahr für die Volksgesundheit zu sprechen. Herkner hat festgestellt, dass die „ziffernmässige Bedeutung dieser Krankheiten sehr geringfügig bleibt, bei einer strengen Fassung aber statistisch kaum noch in Betracht kommt". [3]).

1) Manes: Versicherungswesen. 3. Bd. a. a. O. S. 216.

2) Herkner: Die Arbeiterfrage. 8. Aufl., Berlin und Leipzig 1922. I. Bd., S. 383—384.

3) Herkner: (a. a. O., S. 385) gibt sogar ein treffendes Beispiel dafür: „Was will es besagen, dass nach Biss, auf 19.800 Unfälle der chemischen Industrie 12 Unfallneurosen, auf 16.000 Unfälle der Lagerei-Berufsgenossenschaft 14 Unfallneurosen beobachtet wurden?"

Trotzdem muss man diese Krankheiten bekämpfen und sie auf ein Minimum beschränken, selbst wenn sie nur in geringer Zahl auftreten[1]). Das kann erreicht werden durch strenge Überwachung eines gut geschulten Beamtenapparates, aber insbesondere durch die Bildung eines gut organisierten Aerztestabes bei der Sozialversicherung, der diese Missbräuche nicht deckt und durchschlüpfen lässt, sondern sie aufs schärfste bekämpft[2]).

Der Wert der Sozialversicherung kann nicht bestritten werden, wenn ihre Anwendung auch manchmal fehlerhaft sein kann. Deshalb muss man danach streben, die festgestellten Schäden nach Möglichkeit zu beseitigen und nicht eine Einrichtung abzuschaffen, die heute fast alle Industriearbeiter der Welt erfasst und deren Wohltaten einige Hundert Millionen Menschen geniessen[3]).

Dass jeder Mensch eine Lebensrente zu erhalten strebt, ist ganz normal. Aber zu glauben, dass alle Versicherten sich berufliche Invalidität und sogar bewusst Entmannung zufügen, heisst, die geringe Höhe der Renten überhaupt nicht beachten. Die Geringfügigkeit der Renten hat Liek sogar selbst festgestellt, indem er schreibt, dass die Renten „zum Leben zu wenig, zum Sterben zu viel"[4]) seien. Liek errechnet eine durchschnittliche Invalidenrente von ungefähr 35.— RM monatlich. Das entspricht in etwa der Zahl, die Moldenhauer als monatliche Durchschnittsrente — Invalidenrente — angibt: Im Jahre 1913 — also vor dem Kriege 15 M.; im Jahre 1929 über 30.— RM[5]).

---

1) Hinsichtlich der Bekämpfung der missbräuchlicher Benutzung der Sozialversicherungseinrichtungen siehe auch S. 322 ff. dieser Arbeit.

2) Diesbezüglich siehe auch O. von Zwiedineck-Südenhorst, Simulation und Rentenhysterie bei der Reform der sozialen Versicherung. a. a. O. S. 33—34.

3) Diesbezüglich siehe auch R. Wilbrandt: Zur Kritik der Sozialversicherung in Deutschland. a. a. O. S. 60: „Die Tatsache der genannten missbräuchlichen Benutzung weist auf die Notwendigkeit von Reformen hin, nicht auf die Abschaffung der Einrichtung als solcher".

4) E. Liek: a. a. O. S. 42.

5) P. Moldenhauer: Sozialversicherung. Handwörterbuch der Staatswissenschaften. 4. Aufl., Jena 1929. Ergänzungsband. S. 832.

Nach den neuesten statistischen Angaben betrug die durchschnittliche monatliche Invalidenrente im Jahre 1935 30,60 RM. Ferner zeigt es sich, dass die durchschnittliche Höhe der Invalidenrenten in der deutschen Invalidenversicherung seit 1932 immer um RM 30.— lag [1]).

Ist dem aber so, dann erscheint es unvorstellbar, dass sich ein Versicherter krank stellt, sich entmannt, seine ganze Wesensart vernichtet, alles nur um eine so bescheidene Rente zu erhalten. Deshalb kann man mit vollem Recht mit Zahn feststellen, dass „die demoralisierende Nebenwirkung der Rentenhysterie eine nur untergeordnete Rolle spielt und so wenig normale Begleiterscheinung ist, wie bei der Feuerversicherung der vom Versicherten selbst herbeigeführte Brandschaden oder die von ihm mit bedenklichen Mitteln angestrebte grösstmögliche Brandentschädigung" [2]).

Ebenso übertrieben ist es, den Völkern mit Sozialversicherungseinrichtungen die Sucht zum „Faulenzertum" und „Schmarotzertum" [3]) zuzuschreiben und ausserdem noch zu behaupten, dass die Sozialversicherung „ein überaus gefährlicher Giftkeim" sei, der „die sittliche Gesundheit der Völker" [4]) und dadurch das lobenswerte Wettbewerbsstreben der Völker auf dem Gebiet der produktiven Arbeit vernichtet.

„Bellum omnium contra omnes" und „homo homini lupus" sind nicht mehr die leitenden Grundsätze der Menschheit. Wir leben zwar in einem Zeitalter zahlreicher grosser Umgestaltungen, aber auch in einem Zeitalter des moralischen Wettbewerbs unter den Völkern. Die Verwirklichungen, die sich in der letzten Zeit zeitigten, wie z.B., auf dem Gebiet der Sozialpolitik — das Internationale Arbeitsamt — zur gegenseitigen Annäherung von Kapital und Arbeit, beweisen den edlen und hochstehenden Geist, um den sich die Menschheit gegenwärtig bemüht.

---

1) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, Jahrg. 1935. Heft Nummer 12, herausgegeben vom Reichsversicherungsamt, Berlin, 23. Dez. 1935. S. IV. 612.

2) F. Zahn: Belastung durch die deutsche Arbeiterversicherung, a. a. O. S. 1141.

3) E. Horneffer: a. a. O. S. 23.

4) Ebenda. S. 22.

Die Sozialversicherung ist eine Etappe in dieser Aufwärtsentwicklung der Menschheit; und wie viele schwerwiegende Unvollkommenheiten man auch immer feststellen mag, die Sozialversicherungseinrichtung wird sich immer auf einer moralischen Grundlage weiterentwickeln und nicht die schlechten Naturtriebe der Völker erwecken oder fördern, wie die oben genannten Kritiker behauptet haben. Und dass die Sozialversicherung sich in dieser Richtung bewegt, beweist der Solidaritätsgedanke, auf welchem die Sozialversicherung beruht welcher durch keine andere Einrichtung so sehr gefördert worden ist wie gerade durch die Sozialversicherung [1]).

Schliesslich sei als Entgegnung auf die Angriffe der deutschen Sozialversicherung durch deutsche Gegner der grossen Wohltaten der deutschen Sozialversicherung auf die Anerkennung hingewiesen, die gerade dieses Sozialversicherungswerk bei drei anerkannten ausländischen Autoren gefunden hat, die die deutsche Sozialversicherung am höchsten stellen. Es sind: Shadwell, P. Pic und Blondel. Shadwell schreibt wie folgt: „Niemand kann daran zweifeln, dass das allgemeine Wohlbefinden der arbeitenden Klassen in Deutschland, das auffällig ins Auge springt und durch die Statistik der Bevölkerungsbewegung trotz vieler ungünstiger Umstände bestätigt wird, in grossem Masse auf das Versicherungssystem zurückzuführen ist“ [2]).

Paul Pic sagt: „Il est indéniable, en effet, que l'assurance obligatoire généralisée présente les plus grands avantages au point de vue social, en ce qu'elle facilite la réalisation d'oeuvres de préservation collective, utiles à la population tout entière. C'est ainsi que les hygiénistes sont unanimes à constater que le développement remarquable en Allemagne des sanatoria anti-tuberculeux, dont on ne saurait nier les heureux effets au point de vue démographique, est dû avant tout au régime de l'assurance obligatoire. Conscientes de leur intérêt, les caisses allemandes n'ont rien négligé pour lutter victorieusement contre la maladie, et réduire

---

1) Siehe ferner die Ausführungen in dieser Arbeit auf S. 373—377.

2) A. Shadwell: Industrial Efficiency of England, Germany and America, London 1906, in deutscher Auffassung. Berlin 1908. S. 367.

au minimum les cas d'invalidité; mais il fallait pour une telle lutte un budget considérable, que seule l'assurance obligatoire pouvait alimenter" [1]).

Blondel schrieb im Jahre 1902 über den Düsseldorfer Kongress: „L'organisation des assurances n'a ralenti en aucune façon le magnifique essor de l'Empire allemand... Non seulement (conclut-il avec M. Bödiker), le jeu des assurances n'a nullement ralenti les initiatives individuelles, mais cette grande organisation est un veritable bienfait, une garantie de la paix sociale et, au point de vue économique comme au point de vue politique, un des plus fermes soutiens de l'empire" [2]).

Diese Worte internationaler Anerkennung berechtigen wohl dazu, sich dem Urteil von Albrecht anzuschliessen, der im Gegensatz zu den deutschen Kritiken der Sozialversicherung ohne Vorbehalt anerkennt, dass die deutsche Sozialversicherung „zur Hebung der Leistungskraft der deutschen Arbeiterschaft, damit zur Hebung der Leistungsfähigkeit der deutschen Volkswirtschaft und damit wiederum zur Steigerung des Wohlstandes der Arbeiterschaft Erhebliches beigetragen hat" [3]); oder wie Grieser vorausschauend sagt, dass die Sozialversicherung „Deutschlands Beitrag zur Festigung des Arbeitsfriedens der Welt sein wird" [4]).

§ 2. Sozial-ökonomische Kritiken.

I. Belastung der Wirtschaft und Steigerung des Preisniveaus.

Zumindest glaubten die Gegner der obligatorischen Sozialversicherung, in dem Hinweis auf die untragbar hohen Kosten einen unwiderlegbaren Beweisgrund gegen die Sozialversicherung erbracht zu haben. Diese hohen Kosten hätten eine empfindliche Belastung der Wirtschaft zur Folge und dementsprechend eine

1) Paul Pic: a. a. O. S. 1017.
2) Zitiert von Paul Pic: a. a. O. S. 1017.
3) Albrecht: Grundfragen der Sozialversicherung. a. a. O. S. 26.
4) A. Grieser: Die gegenwärtigen Probleme der Sozialversicherung. a. a. O. S. 148.

Steigerung des Preisniveaus und somit eine Verteuerung der Lebenshaltung bei gleichbleibenden Löhnen.

Diese Kritik, die eine der meist umstrittensten Fragen der Sozialversicherung und sogar der innerdeutschen Politik wurde, tauchte um die Wende des 20. Jahrhunderts auf [1]). Der erste Autor, der sich um eine wissenschaftliche Darstellung der Höhe der „Belastung der Wirtschaft" bemüht hat, war Greissl [2]) mit seinen Untersuchungen, die er im Jahre 1899 veröffentlichte.

Diese Kritik wurde besonders von der Arbeitgeberseite herangezogen. Die wichtigsten Kritiker auf diesem Gebiete sind : Steller, Tille, Friedensburg, Bernhard, Hartz ; Hartz behauptet allerdings, dass die Kosten der Sozialversicherung für die Arbeitgeber überhaupt keine „soziale Belastung" bedeuten, sondern nur für die Arbeitnehmerschaft allein [3]).

Diejenigen Kritiker, die die Kostenhöhe der Sozialversicherung angreifen, behaupteten — gemeinsam mit den Arbeitgebern —, dass diese Aufwendungen so hoch seien, dass sie eine so hohe „soziale Belastung der Wirtschaft" bedeuten, sodass sie eine „Soziallast" bildeten ; die Unternehmer würden infolgedessen gedrückt, und der Geschäftsbetrieb — Preisbildung, Absatz, Wettbewerbsfähigkeit und Rentabilität — gehemmt [4]). Demzufolge ginge der Verkaufspreis in die Höhe, und daraus folge dann wieder zwangsläufig eine Verteuerung der Lebenshaltung. Die Rentabilität der Unternehmungen sinke und damit ihre Wettbewerbsfähigkeit auf dem internationalen Markt. Die Folge könne nur das Verschwinden der Unternehmungslust und ein Verfall der

---

1) Vergl. F. Boesler: Sozialetat und soziale Belastung. Berlin 1931. Kap. I, S. 9—31.

2) Greissl: Wirtschaftliche Untersuchungen über die Belastung der deutschen Industrie durch die Arbeiterversicherungs- und Schutzgesetzgebung. Jahrbuch für Gesetzgebung, Verwaltung und Volkswirtschaft, Bd. XXIII, 1899. S. 853—912.

3) Hartz: Irrwege der deutschen Sozialpolitik. Berlin 1928. S. 52: „Wer trägt denn eigentlich die soziale Belastung? Niemand anders als die deutsche Arbeitnehmerschaft trägt diese Lasten allein!"

Demzufolge berechnet Hartz die „Belastung der versicherungspflichtigen Arbeitnehmer" mit etwa 15 %. S. 56.

4) Vergl. Branchart: Zur Frage der Belastung der deutschen Industrie durch die Arbeiterversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswiss., Bd. 14, 1914. S. 476.

Ertragsfähigkeit der Industrien sein. Und alles das wegen der untragbar hohen Kosten der Sozialversicherung.

So schreibt beispielsweise Steller, dass: „die stets steigenden Kosten der Arbeiterversicherung... einen unangemessen hohen Satz des Geschäftsgewinnes entnehmen und die Gestehungskosten oder Selbstkosten des Unternehmens in einer für die Ertragsfähigkeit der deutschen Gewerbetätigkeit nachgerade bedrohlicher Weise erhöhten"[1]). Dementsprechend stellen die grossen Kosten der Arbeiterversicherung eine „grosse wirtschaftliche Gefahr" dar, weil „sie auf die Unternehmungslust und die Ertragsfähigkeit der Industrie in einem Grade einzuwirken drohen, dass dadurch die bisher so erfreuliche Entwicklung unserer (der deutschen) grossgewerblichen Tätigkeit ernsthaft in Frage gestellt"[2]). wird.

Tille fusst auf denselben Gedankengängen, wenn er schreibt, dass „der Ertragswirtschaft durch die Klassenversicherung — so hiess die Sozialversicherung bei ihm — und ihren Rücklagen ganz gewaltige Summen entzogen worden sind"[3]) was eine „Soziallast" darstellt.

Friedensburg glaubte, dass die deutsche Industrie „durch die nachgerade schon als ungeheuerlich zu bezeichnenden Kosten der Sozialversicherung in ihrem Konkurrenzkampf mit dem Auslande aufs äusserste benachteiligt und gehemmt wurde"; ausserdem seien die Versicherungskosten für „eine erhebliche Steigerung der Preise" verantwortlich[4]).

Bei sämtlichen Gegnern der Sozialversicherung wegen der Industriebelastung zeigt es sich, dass die Begriffe „soziale Belastung der Wirtschaft" oder „Soziallast" zum Schlagwort geworden sind. Mit Recht weist deshalb Hartz darauf hin, dass „das organisierte Unternehmertum diese Aufwendungen sehr geschickt

---

1) P. Steller: Das Unternehmertum und die öffentlichen Zustände in Deutschland. Berlin 1911. S. 19.

2) P. Steller: a. a. O. S. 23.

3) A. Tille: Die Berufstandspolitik des Gewerbe- und Handelsstandes. Bd. III. Die deutsche Gesetzgebung gegen die gewerbliche Ertragswirtschaft. Berlin 1910. S. 203.

4) F. Friedensburg: Die Praxis der deutschen Arbeiterversicherung. a. a. O. S. 333.

für sich auszunutzen verstanden hat, indem es das Schlagwort von der „sozialen Belastung der Wirtschaft" benutzte" [1]).

Der grosse Irrtum dieser Kritiker — und mit ihnen zusammen der Arbeitgeber — beruht darauf, dass sie die Aufwendungen zugunsten der Sozialversicherung als blosse Belastung der Wirtschaft annehmen ; sie bedenken nicht, dass diese Aufwendungen reproduktiv sind, sie denken nicht an „den Wert der Sozialversicherung für die Wirtschaft" [2]), an die „Produktivität der Sozialversicherung" [3]), sie wollen nicht erkennen, dass den Unternehmern neben den sozialen Aufwendungen unschätzbare ideelle und materielle Vorteile aus der Sozialversicherung erwachsen. Auf diese Zusammenhänge haben denn auch bekannte Autoren wie Herkner [4]), Zahn [5]), Fuster [6]), Kaufmann [7]), Potthof [8]), Branchart [9]),

---

1) Hartz: a. a. O. S. 51.

2) P. Moldenhauer: Handwörterbuch der Staatswissenschaften. a. a. O. S. 839.

3) W. Weddigen: Grundfragen der Sozialversicherungsreform. Jena 1931. S. 43.

4) Herkner: schrieb zuerst in den Preussischen Jahrbüchern darüber: 1910: Bd. 142. S. 539 ff.; 1911: Bd. 143. S. 167 ff. und Bd. 144. S. 107 ff. Eine Zusammenfassung seiner Gedankengänge gibt er in: „Die Arbeiterfrage". a. a. O. S. 383 ff. mit folgenden Worten: „Den privatwirtschaftlichen Lasten stehen unschätzbare volkswirtschaftliche und soziale Vorzüge gegenüber". S. 389.

5) Zahn: Belastung durch die deutsche Arbeiterversicherung. S. 1127-1160. u.: Wirkungen d. deutschen Sozialversicherung. München 1915.

6) Fuster: „Les charges de l'assurance: ouvriers allemands et ouvriers anglais", Bull. des assurances sociales. 1912. S. 68 ff. und die Soziallasten. in: Zukunft der Arbeit. Jahrg. 4. S. 114—130. „Das Geld. das Deutschland in die Sozialversicherung steckt. kehrt in tausend Gestalten wieder. es wird zu Familienglück Gesundheit und Menschenwürde und schafft ein starkes. lebenskräftiges Deutschland. das ewig dauern wird".

7) Kaufmann: Licht und Schatten bei der deutschen Arbeiterversicherung. Berlin 1912. S. 7—8.

8) Potthof: Wer trägt die Kosten der sozialen Versicherung? Schriften des Vereins für Sozialpolitik. Bd. 137. Teil 4. S. 281. München 1913.

9) Branchart: Zur Frage der Belastung der deutschen Industrie durch die Arbeiterversicherung. a. a. O. Branchart schreibt: dass „von reinen Lasten im strengen Sine des Wortes nicht gesprochen werden kann. denn mit diesen Ausgaben sind für den Unternehmer erhebliche ideelle und materielle Vorteile verbuden". S. 477.

Grieser [1]), Schmittmann [2]), Kreil [3]), Egger [4]), Moldenhauer [5]), Weddigen [6]), Wilbrandt [7]), Paul Pic [8]), usw. mit allem Nachdruck hingewiesen.

So findet Zahn die folgenden treffenden Worte: „Die Lasten der Arbeiterversicherung sind weniger als Lasten, sondern vielmehr als notwendige und zugleich reproduktive, sich sehr lohnende Spesen unserer Volkswirtschaft zu bewerten". „Die Arbeiterversicherung und die mit ihr inaugurierte moderne Sozialpolitik und Sozialhygiene ist keine blosse Belastung der Wirtschaft. Sie ist ausserdem... Meliorierung der Produktion selber, sie ist technische Voraussetzung der wirtschaftlichen Produktivitätssteigerung (in noch weit grösserem Masse als Verbesserung und Vermehrung von Maschinen), sie ist biotechnische Sicherung der Gemeinschaft, sie ist integrieren-

---

1) Grieser: Die gegenwärtigen Probleme der Sozialversicherung. a. a. O. S. 144—146. „Die Sozialversicherung ist öffentlich-rechtliche Bewirtschaftung von Gesundheit und Arbeitskraft, sie ist Menschenwürde im wahren Sinne des Wortes, sie ist so wenig eine soziale Last wie die Güterversicherung". S. 146.

2) Schmittmann: Sozialversicherung, Handwörterbuch der Staatswissenschaften. Bd. VII. 4 Aufl., Jena 1926. S. 636—637. „Die Wirtschaft, die allzu gern immer nur von sozialen Lasten spricht, übersieht die grossen Gegenwerte, die für sie in der Sozialversicherung enthalten sind". S. 636.

3) Kreil: Sozialversicherung und Wirtschaft. Berlin 1928. „Die Sozialversicherung bedeutet für die Wirtschaft aber nicht nur eine Belastung. Der Nutzen, den die Wirtschaft von der Sozialversicherung hat, darf nicht vergessen werden". S. 8.

4) Egger: Die Belastung der deutschen Wirtschaft durch die Sozialversicherung. Jena 1929.

5) Moldenhauer: HdSt., a. a. O., III. Belastung der Wirtschaft, S. 837—840.

6) Weddigen: Grundfragen der Sozialversicherungsreform. a. a. O. S. 43 u. 53.

7) Wilbrandt: Zur Kritik der Sozialversicherung in Deutschland. a. a. O. S. 56.

8) P. Pic: Traité élémentaire de legislation industrielle, a. a. O. S. 1036.

der Bestandteil der gesamten Nationalwirtschaft“ [1]).

Wie schon früher erwähnt, haben die Gegner der Sozialversicherung ebenso wie die Unternehmer gerade die grossen ideellen und materiellen Vorteile, die aus der Sozialversicherung erwachsen, ausser Acht gelassen. Moldenhauer führt daher in seiner Entgegnung einige besonders offensichtliche Vorteile einzeln auf: „Auf der anderen Seite darf der Wert der Sozialversicherung für die Wirtschaft nicht übersehen werden, auch nicht, dass ohne die Sozialversicherung wahrscheinlich die Löhne höher sein würden, weil der Arbeitnehmer dann Ausgaben für Privatversicherung hätte, die er durch die Löhne decken müsste. Auch wären die Ausgaben für die soziale Fürsorge, der da, wo eine Sozialversicherung fehlt, eine viel grössere Aufgabe zufällt, voraussichtlich viel höher. Sie würden sich wieder in den Steuern gegen die Wirtschaft auswirken“ [2]).

Auch Wilbrandt weist ausdrücklich auf einige Vorteile hin, die die Wirtschaft von der Sozialversicherung hat: „Es wird behauptet, dass diese Summen der Wirtschaft „entzogen“ wurden. Das ist volkswirtschaftlich falsch gesehen. Die gesamten Beiträge, die wir genannt haben, werden in irgendeiner Form der Wirtschaft wieder zugeführt. Renten- und Krankengelder werden in der Regel als Kaufkraft bestimmter Konsumenten auftreten, ein anderer erheblicher Teil der Ausgaben erscheint als Einkommen der Aerzte, der Beamten und Angestellten der einzelnen Institutionen, angesammeltes Vermögen taucht auf in Gestalt von Baudarlehen, von Anleihen, die an Reich, an Länder oder Gemeinden gewährt werden“ [3]).

Die Sozialversicherung bietet der Unternehmerschaft auch insofern grosseVorteile, als sie es mit einer materiell und gesundheitlich gehobenen Arbeiterschaft zu tun hat, die demzufolge auch leistungsfähiger ist. Der Arbeitswillen und die Arbeitsfreudigkeit

---

1) Zahn: Belastung durch die deutsche Arbeiterversicherung. a. a. O. S. 1159. (Gesperrt v. Verfasser selbst.)

2) Moldenhauer: Handw. der Staatswiss., a. a. O. S. 839.

3) R. Wilbrandt: Zur Kritik der Sozialversicherung in Deutschland. a. a. O. S. 56.

der Arbeiter werden dadurch gehoben, dass die Sozialversicherung die Arbeiter gegen die Lebens- und Arbeitsgefahren, die sie in der Zukunft treffen können, schützt. Wenn die Arbeitnehmer die Gewissheit haben, dass ihre Zukunft materiell gesichert ist, werden sie sicherlich qualitativ und quantitativ mehr leisten, als wenn sie in steter Sorge um die Zukunft sind. Die Steigerung der Ertragsleistung aber kommt der Wirtschaft wieder unmittelbar zugute.

Diese möglicherweise absichtlich irrige Beurteilung der Höhe der Soziallasten seitens einiger Wissenschaftler und der Unternehmer hat seine Ursache darin, dass sie „immer schlechthin nur von „Soziallasten" der Wirtschaft reden, wo man richtigerweise nur von Sozialaufwendungen der Wirtschaft sprechen darf"[1]. Denn das Wort „Soziallast" erweckt so leicht eine falsche Vorstellung, weil es an Armenlast, an unwirtschaftliche, tote Ausgaben erinnert, als ob die sozialen Aufwendungen Luxusausgaben seien[2]. So muss demgegenüber immer wieder betont werden, dass diese „Sozialaufwendungen" reproduktive und lohnende Spesen sind, und nicht eine blosse „Belastung der Wirtschaft". Mit vollem Recht sieht denn Zahn die Sozialversicherung als eine „biotechnische Sicherung der Gemeinschaft, als einen integrierenden Bestandteil der gesamten Nationalwirtschaft an"[3].

Wenn man jedoch diese Grundprobleme der Sozialversicherung noch eingehender prüft, so wird man erkennen, dass die Einwendungen betreffend die „Belastung der Wirtschaft" und die „Steigerung der Preise" in dieser Form überhaupt nicht stichhaltig sind.

Die Aufwendungen der Sozialversicherung werden von der Gesamtsumme der Löhne und nicht vom Wert der erzeugten Güter berechnet, und zwar in „Prozentsätzen der Löhne[4].

---

1) Weddigen: Grundfragen der Sozialversicherungsreform, a. a. O. S. 43.

2) Vergl. auch A. Grieser: Die gegenwärtigen Probleme der Sozialversicherung. a. a. O. S. 144—146.

3) Zahn: a. a. O. S. 1159.

4) Herkner: Die Arbeiterfrage, a. a. O. S. 388. Diesbezüglich siehe auch Moldenhauer: HdSt. a. a. O. S. 839: „Man kann die Bedeutung der Belastung nur im Zusammenhang mit den Löhnen überhaupt betrachten und untersuchen".

Der gemeinsame Beitrag — des Arbeitnehmers und des Unternehmers — ist fast in allen Ländern, die eine Sozialversicherungseinrichtung haben, nicht höher als 10% der gezahlten Löhne; eine Ausnahme bilden nur ganz wenige Länder, so Deutschland, wo die gesamten Beiträge für alle Versicherungszweige ungefähr 20% der Löhne ausmachen [1]).

In fast allen Ländern, abgesehen von Russland, werden die Sozialaufwendungen zu gleichen Teilen von den Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen [2]).

In Frankreich wurden die Beiträge in dem Sozialversicherungsgesetz vom 30. April 1930 auf 8 % der Grundlöhne festgesetzt, und zwar mussten die Arbeitgeber und Versicherten danach je 4 v.H. der Löhne als Beiträge zahlen. Dieser 8-prozentige Beitrag wurde auch in dem neuen französischen Sozialversicherungsgesetz vom 31.Oktober 1935 beibehalten.

In Rumänien liegen die Beiträge noch niedriger. Das Einheitsgesetz vom 7. April 1933 bestimmt, dass die Sozialversicherungsbeiträge 6 v.H. der Grundlöhne nicht überschreiten dürfen. Die Beiträge sind zu gleichen Teilen von den Versicherten und ihren Arbeitgebern zu zahlen, also je 3 v.H.

Im Verhältnis zu den Verkaufspreisen der erzeugten Güter

---

1) Manes: Versicherungswesen, Bd. III, a. a. O., S. 241, errechnete die Beiträge mit ungefähr 20 %. Lutz Richter (Vereinheitlichung der Sozialversicherung. Berlin 1931. S. 6) hat fast denselben Prozentsatz ausgewiesen, nämlich 19½ v. H.

Albrecht: (Grundfragen der Sozialversicherung. Berlin 1929. S. 36) und Hartz (a. a. O., S. 36) dagegen schätzen die gesamten Beiträge der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer nur auf 15 % der Löhne. Zuvor wurden die Aufwendungen der Sozialversicherung auch schon für sich berechnet. So hat Herkner (Die Arbeiterfrage. a. a. O., S. 388) die Aufwendungen für den Unternehmer allein auf 3—3.7 % der gezahlter Löhne geschätzt; Zahn (a. a. O.) auf 3—4 %; Steller (a. a. O.) auf 3—6 % und Greissl (a. a. O.) auf höchstens 5½ %.

2) In Russland, wie schon früher im zweiten Abschnitt erwähnt, müssen die Mittel der Sozialversicherung von den Unternehmern allein aufgebracht werden. Dagegen wurden in Rumänien vor dem grundlegenden Gesetz vom 17. April 1933 über die Vereinheitlichung der Sozialversicherung die Mittel der Krankenversicherung von den Arbeitern allein aufgebracht. Nach dem Gesetz von 1933 zahlen nunmehr die Versicherten und Arbeitgeber die Beiträge zu gleichen Teilen in allen Versicherungszweigen.

sind die Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber noch viel geringer, weil die Löhne doch nur ein Bestandteil der Selbstkosten sind. Welchen Einfluss die Aufwendungen für die Sozialversicherung „auf die Selbstkosten der Unternehmer und weiter hin auf die Preise der Waren ausüben, hängt von dem Anteil ab, den die Löhne an den Selbstkosten besitzen“ [1]).

Selbst wenn man in Übereinstimmung mit M. R. Picard den Gesamtbetrag der Löhne im Durchschnitt mit ungefähr 40% der Verkaufspreise der Waren annimmt, so würde eine Sozialversicherungsaufwendung von 10 v.H. der Löhne höchstens eine 3-prozentige Steigerung des Preisniveaus bewirken können. Dieser Prozentsatz liegt aber sehr weit entfernt von denjenigen Kritikern, die behaupten, dass die Sozialversicherung eine Preissteigerung von 30 v.H. erreichen werde [2]).

Das Problem der Preissteigerung durch die Sozialversicherung wurde zu einer sehr umstrittenen Frage, insbesondere in Frankreich nach der Einführung des Sozialversicherungsgesetzes vom 30. April 1930 [3]).

Herkner hat sich in seinem Buch „Die Arbeiterfrage“ ebenfalls mit dieser Frage beschäftigt. So hat er ausgerechnet, dass der Anteil der Löhne an den Selbstkosten der Unternehmer zwischen 30 und 80 % schwanken kann. Demzufolge können die

1) Herkner: a. a. O., S. 389.

2) Verlg. Paul Pic: a. a. O., S. 1055.

3) Vergl. Paul Pic: a. a. O., S. 1055: „Bien des critiques ont été adressées à la loi nouvelle. Il en est qui mettent en cause son principe même... D'autres se bornent à la déclarer inopportune. Ils affirment qu'il eût été prudent, en période de crise, d'en ajourner l'application, ou tout du moins de procéder par étapes successives, la mise en vigueur immédiate de la loi dans toutes ses dispositions risquant de provoquer une hausse dangereuse du coût de la vie. Mais il semble bien que l'on ait ici un peu jonglé avec les chiffres. L'Animateur des temps nouveaux n'a-t-il pas soutenu, que la hausse serait de 30 %?... Pour M. Potin, grand industriel parisien, la hausse à prévoir serait de 3 à 4 %; d'après M. Landry, député, rapporteur du budget des Finances, cette hausse oscillerait entre 2,6 et 3,2. Il y a loin de ces chiffres, approximatifs sans doute, mais étudiés, aux chiffres astronomiques cités plus haut”.

Aufwendungen für die Sozialversicherung eine Erhöhung der Selbstkosten von 1—2, bezw. 4,5% bewirken [1]).

In Rumänien betragen die Aufwendungen der Unternehmer, sowohl aus den grossen als auch aus den kleinen Industrien ungefähr 500 Millionen Lei. Demgegenüber beträgt die Gesamtsumme der Löhne15 Milliarden Lei und der Wert der erzeugten Güter 60 Milliarden Lei [2]). Daraus geht klar hervor, dass der Anteil der Sozialversicherungsaufwendungen der Unternehmer an dem Wert der erzeugten Güter sehr gering ist — nämlich ungefähr 1% —, sodass man von einer Belastung der Wirtschaft überhaupt nicht sprechen kann.

Hieraus folgt, dass die Frage der Steigerung der Preise und der Verteuerung der Lebenshaltung als Folge der Sozialversicherung sehr problematisch ist. Wir haben gesehen, dass die Aufwendungen für die Sozialversicherung fast in allen Ländern so gering sind, dass kaum von einer Verteuerung der Lebenshaltung und einer „Belastung der Wirtschaft", insbesondere nicht im Konkurrenzkampf gegenüber dem Auslande, die Rede sein kann.

Dass die Länder, die ein Sozialversicherungssystem besitzen, nicht benachteiligt sind gegenüber denjenigen Ländern, die keine solche Einrichtungen haben, beweisen am besten die europäischen Länder, die vor dem Kriege keine Sozialversicherungseinrichtung besassen, und die durch den Versailler Vertrag (nach dem Kriege) neue Gebiete mit schon gut entwickelten Sozialversicherungen hinzubekommen haben, so wie Frankreich, Rumänien, Polen, Jugoslawien, die Tschechoslowakei usw. Nicht nur, dass sich kein Konkurrenzkampf fühlbar machte, die Sozialversicherung wurde in den neuerworbenen Gebieten beibehalten, und noch mehr, die aufnehmenden Länder erkannten die Notwendigkeit und die grossen Wohltaten der Sozialversicherung und führten sie ohne Bedenken auch in ihren alten Gebietsteilen ein.

Alle diese Länder haben die Sozialversicherung übernommen ohne Angst vor dem Konkurrenzkampf mit dem Auslande oder

---

1) Herkner: a. a. O. S. 389.

2) D. R. Ioanițescu: Curs de politică socială București 1934. S. 214, 228.

vor einer Verteuerung der Lebenshaltung, die in Wirklichkeit auch nirgends aus diesem Grunde eingetreten ist. Anstatt der Benachteiligung und Lähmung der Wirtschaft wurde gerade das Gegenteil erreicht: die Produktion stieg stetig und keine Benachteiligung wurde fühlbar [1]).

Zusammenfassend lässt sich daher feststellen : dass im allgemeinen die Sozialversicherung zu keiner Belastung der Wirtschaft und zu keiner Verteuerung der Lebenshaltung führt. Auch die ungünstigen Auswirkungen im internationalen Konkurrenzkampf lassen sich nicht nachweisen. Andererseits nimmt die Sozialversicherung ungeachtet der Angriffe eine stete Fortentwicklung. Die Unternehmer sollten daher ihre Bemühungen und Hoffnungen auf Herabsetzung der Sozialversicherungsaufwendungen aufgeben. denn eine solche Herabsetzung könnte nur grosse Nachteile für die Sozialversicherungseinrichtungen haben, die letzten Endes auf die Unternehmer zurückfallen würden. Diese Kritiken sind denn auch mit der Zeit seltener geworden [2]).

II. Die Unzufriedenheit des Ärztestandes.

Der Aerztestand ist in gewissem Sinne ein Opfer der Sozialversicherung geworden, weil fast alle Aerzte mehr und mehr an die Kassenpraxis denken müssen. Das beste statistische Material hierfür findet man in Deutschland. Nach Weddigen waren

1) Dass die Länder, die eine Sozialversicherungseinrichtung haben, im allgemeinen überhaut nicht benachteiligt sind gegenüber anderen, die keine solche Einrichtung besitzen, hat Paul Pic sehr treffend gezeigt an dem Beispiel von Frankreich und Elsass-Lothringen. Das Bestehen der Sozialversicherung in Elsass-Lothringen hat den Industrien des Mutterlandes oder ihrer Wirtschaft nach dem Kriege überhaupt keine Benachteiligung gebracht: „Comment s'expliquerait-on que les industriels alsaciens-lorrains, depuis longtemps assujettis au régime allemand des assurances obligatoires, ne soient nullement handicapés sur le terrain économique par leurs concurrents des autres départements français?" Paul Pic, a. a. O., S. 1055—1056.

2) Vergl. Paul Pic, a. a. O., S. 1057: „Nous avons encore le souvenir des attaques violentes dirigées il y a 30 ans contre la loi des accidents du travail, qui devait, disait-on, ruiner l'industrie française. Or nul aujourd'hui n'oserait s'attaquer au principe de cette loi de protection ouvrière".

1931 von insgesamt 48.000 Aerzten in Deutschland 35.000 von den Krankenkassen beschäftigt [1]). Ausserdem hat die grosse Ausdehnung der Sozialversicherung — insbesondere der Krankenversicherung — immer mehr die Privatpraxis der Aerzte eingeengt; denn die wohlhabende Schicht ist der Kopfzahl nach viel geringer als die minderbemittelten Versicherten, und ihr Wohlstand gibt ihnen die Möglichkeit, besser für ihre Gesundheit zu sorgen, sodass sie den Arzt am wenigsten brauchen. Die grossen Arbeitermassen aber bilden wegen ihrer Armut und ihres Elends im allgemeinen die zahlreichen Patienten und damit die grosse Praxis des Aerztestandes. Infolge der Sozialversicherungseinrichtungen haben die Aerzte ihre grosse Privatpraxis fast vollkommen verloren, weil alle Krankheitsfälle der Arbeiter jetzt zu Lasten der Sozialversicherung gehen.

Aus dieser bedeutenden Einschränkung der Privatpraxis ist die Unzufriedenheit der Aerzte erwachsen. Die Aerzte haben sogar behauptet, dass die Sozialversicherung zum Ruin des Aerztestandes geführt habe [2]).

Die Kassenpraxis ist in wachsendem Masse zu einer Lebensfrage für die Aerzte geworden, während die Privatpraxis immer mehr die Bedeutung eines Nebenverdienstes gewinnt. So heisst es, dass die Aerzte „kaum noch Bewegungsfreiheit für eine selbständige Praxis haben, sie sind auf die Kassenpraxis, die die grosse Zahl der Mitbürger umfasst, angewiesen" [3]). Oder... „in sehr naher Zeit gibt es keine Privatpraxis mehr, sondern nur noch Kassenpraxis. Das Verhältnis zu den Krankenkassen ist für die deutschen Aerzte keine Nebenfrage mehr, wie noch zu Beginn dieses Jahrhunderts, sondern die Lebensfrage... Die Privatpraxis bildet, wenn wir von verschwindenden Ausnahmen absehen, für den heutigen deutschen Arzt bestenfalls einen Nebenverdienst. Die

1) W. Weddigen: Grundfragen der Sozialversicherungsreform. a. a. O., S. 92.

2) Vergl. Herkner: Die Arbeiterfrage, a. a. O. S. 380.

3) Horneffer: Frevel am Volk, a. a. O. S. 32.

Überzahl der Aerzte lebt nur noch von der Kassenpraxis, ist vollkommen auf sie angewiesen“ [1]).

Wegen der Einschränkung der Privatpraxis fordern die Aerzte, dass die Sozialversicherung einen möglichst kleinen Kreis von Versicherten erfasst. Deshalb „bekämpfen die Aerzte mit aller Schärfe die weitere Ausdehnung in der Krankenversicherung“ [2]).

Die strittigsten Punkte zwischen Aerzten und Krankenkassen sind im allgemeinen — wie auch Finkenrath feststellt — das Arztsystem und die Bezahlung oder die Honorierung der Aerzte: „In allen Ländern, in denen die Regierung nicht regelnd eingriff, ergab sich eine Zuspitzung des Verhältnisses zwischen Krankenkassen und Aerzten im wesentlichen in folgenden umstrittensten Punkten: Dem Arztsystem und der Bezahlung“ [3]).

Hinsichtlich der Bezahlung klagen die Aerzte über die, infolge der Monopolstellung der Krankenkassen, im allgemeinen kleinen Aerztehonorare bei der Sozialversicherung. So heisst es bei Weddigen: „Dabei drückt die Monopolstellung, die die Kassen als Nachfrageorganisationen dem überfüllten Aerztestand gegenüber heute bereits mehr und mehr einnehmen, auf das Aerztehonorar. Seit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes stieg ja die Zahl der Aerzte in Deutschland von 12.000 auf rd. 48.000. Aehnlich wie es schon für Danzig geschehen ist, stellten wir für München fest, dass der Kassenarzt durchschnittlich heute für eine Beratung nicht das erhält, wass der Friseur für das Haarschneiden fordert. Dieser Preisdruck wirkt sich um so empfindlicher aus, als die Einbeziehung immer weiterer Kreise in die Krankenversicherungspflicht, die wachsende Ausdehnung des Nachfragemonopols also, gleichzeitig dem Arzte die Möglichkeit schmälert, durch die besser bezahlte „Privatpraxis“ einen Ausgleich zu schaffen. So mindert der Druck auf das Entgelt die Qualität der Gegenleistung des Arztes, indem sie ihn zum Massenbetrieb zwingt“ [4]).

---

1) Liek: Die Schäden der sozialen Versicherungen, a. a. O., S. 64 u. 68.

2) Moldenhauer: Handwörterbuch der Staatswiss., a. a. O., S. 828.

3) Finkenrath, Dr. med. Kurt: Die Kassenarztfrage im In- und Auslande, München 1927. S. 19.

4) Vergl. Weddigen: Grundfragen der Sozialversicherungsreform, a. a. O., S. 90.

Weitere Nachteile, die den Aerzten aus der Sozialversicherung erwachsen, sind insbesondere von Liek aufgezeigt worden [1]). So z. B. das Vorhandensein der sog. „Kassenlöwen", die fast immer jüngere Aerzte (25-35 Jahre) sind, und die gewöhnlich als Geschäftsmänner und nicht als Aerzte handeln, weil sie auch die unberechtigten Wünsche der Patienten erfüllen und im grossen Masse Gefälligkeitsatteste ausstellen [2]).

Die Kassenlöwen machen sich die Mängel der Sozialversicherung zunutze und stellen ihre Tätigkeit auf den Massenbetrieb der Kassenpraxis ein, um sich ein möglichst hohes Einkommen zu verschaffen. Aber dieser Massenbetrieb hat auch seine Nachteile. Vor allem „führt der Massenbetrieb notwendig zu flüchtiger Ramscharbeit. Auch bei bestem Willen ist es dem beschäftigten Kassenarzt gar nicht möglich, genau zu untersuchen und auf Grund dieser Untersuchung sorgsam zu behandeln" [3]). Eine Folge dieser Tatsache ist, dass die Untersuchungen im allgemeinen sehr oberflächlich gemacht werden.

Dieser Massenbetrieb ist insofern auch für den Arzt selbst sehr nachteilig, weil er ihm „weder Zeit zur Weiterbildung noch zur Erholung lässt" [4]). Liek weist darauf hin, dass die Kassenärzte sogar bis zu 60, 80 und 100 Kranke täglich abzufertigen haben [5]).

Und schliesslich hat „die Tätigkeit bei den Kassen den Aerztestand proletarisiert" und dadurch hat das Kassenwesen zur „Entwertung der ärztlichen Tätigkeit" beigetragen [6]). Die Versicherten „sehen nicht mehr zum Arzt als dem wissenden Berater und Helfer empor, sondern betrachten und behandeln ihn lediglich als Arbeitnehmer" [7]).

Die wichtigste aber auch umstrittenste Frage in dem Verhält-

---

1) Siehe Liek: a. a. O., S. 31—38.
2) Liek: a. a. O., S. 31.
3) Ebenda. S. 32.
4) Ebenda. S. 34.
5) Ebenda.
6) Ebenda. S. 36.
7) Ebenda. S. 36—37.

nis zwischen Aerzteschaft und Sozialversicherung ist die, ob freie Arztwahl oder verbeamtete Kassenärzte.

Im allgemeinen verlangen die Aerzte die freie Arztwahl[1]), desgleichen die Versicherten. Die Versicherungsanstalten wehren sich dagegen, weil das System der freien Arztwahl viel teuerer ist als das der festen Kassenärzte und zwar wegen der möglichen Missbräuche, die auftreten könnten. Bei freier Arztwahl besteht immer die Gefahr, dass die Aerzte im Konkurrenzkampf auch unberechtigte Wünsche der Patienten erfüllen[2]). Alle die Missbräuche, die von den Gegnern der Sozialversicherung in bezug auf die Moral des Volkes erörtert wurden, wie: die Simulation, Heuchelei, Krankheitszüchtung, Rentensucht usw. könnten bei freier Arztwahl einen viel grösseren Spielraum gewinnen. Aus diesem Grund sind die Versicherungsanstalten gegen die freie Arztwahl eingestellt; diese Missbräuche würden eine schwere Schädigung ihrer Finanzkraft zur Folge haben[3]).

Man müsste eigentlich auch die Frage stellen, ob die freie Arztwahl denn wirklich im Interesse der Aerzte selbst liegt?

---

1) Siehe auch Finkenrath, a. a. O. S. 19: „Seitens der Aerzte fast aller Länder wurde die Forderung auf freie Arztwahl erhoben, wobei man davon ausging, dass möglichst der bisherige Zustand der privatärztlichen Versorgung erhalten blieb."

2) Vergl. Herkner: a. a. O. S. 380; desgl. bei Augustin, Gisela. Die Arztfrage in der deutschen und ausländischen sozialen Krankenversicherung. Diss. Berlin 1931. S. 22: „Die teilweise ablehnende Stellungnahme der Krankenkassen gegenüber dem System der freien Arztwahl beruht fast ausschliesslich auf wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Die Ansichten der Versicherungsträger gehen davon aus, dass bei diesem System die Beziehungen zwischen Arzt und Kasse gelockert würden. Bei freier Konkurrenz werde der Arzt vom Versicherten abhängig und sein Interesse am Gedeihen der Kasse damit gemindert. Der Versicherte könne bei diesem System den Arzt leicht wechseln und dadurch die Krankenkontrolle erschweren. Der Arzt, der nun also vom Patienten abhängig geworden sei, würde aus eigenen Interessen den menschlichen Schwächen gegenüber nachsichtig sein und somit die Simulation fördern".

3) Vergl. Herkner, a. a. O. S. 380; desgl. Finkenrath, a. a. O. S. 26: „Bei freiem Arzt besteht gewissermassen eine Abhängigkeit vom Patienten, die so vorzüglich sie für die Wiederherstellung des Erkrankten ist, nicht ohne Nachteile hinsichtlich der begutachtenden kassenärztlichen Tätigkeit unter Umständen im Sinne der Kassenfinanzen sein kann".

Wenn man diese Frage unvoreingenommen stellt, so wird man erkennen, dass die Aerzte im allgemeinen nicht so grosse Vorteile aus der freien Arztwahl ziehen können. Warum? Weil es eine bekannte Tatsache ist, dass die Masse der Patienten aus der Sozialversicherung im allgemeinen nicht zu den tüchtigsten Aerzten geht, sondern zu denen, die ihre Wünsche am leichtesten erfüllen.

Ferner würden die grossen und berühmtesten Aerzte wohl kaum grossen Vorteil aus diesem System ziehen, weil die Zahlung höherer Aerztehonorare für den Fonds der Sozialversicherungseinrichtung nicht tragbar ist. Demzufolge könnten die berühmten und besonders erfahrenen Aerzte nie völlig befriedigt werden.

Gegenüber dem ungünstigen System der freien Arztwahl hat man die Verbeamtung der Kassenärzte vorgeschlagen, welche gewiss eine grosse Verminderung der Missbräuche und der Betrügereien in der Sozialversicherung bewirken könnte. Andere Autoren gehen noch weiter und schlagen sogar die Verstaatlichung der Kassenärzte vor[1]). Der wesentlichste Unterschied zwischen der Verstaatlichung und der Verbeamtung der Kassenärzte ist der, dass der Kassenarzt im ersteren Falle ein Staatsbeamter und nicht ein Kassenbeamter sein wird. Warum man die Verstaatlichung und nicht die Verbeamtung der Kassenärzte fordert, begründet Liek wie folgt: „Mir ist der Kassenarzt als Staatsbeamter vor allem aus dem Grunde erwünschter, weil er weniger dem Druck mächtiger politischer Parteien ausgesetzt sein dürfte, als wenn er Kassenbeamter wird. Ferner wird das Bewusstsein, als beamteter Arzt dem ganzen Volke zu dienen, den meisten Aerzten einen stärkeren Halt geben als das Gefühl, Angestellter einer Krankenkasse zu sein"[2]).

Als Folge der Verbeamtung oder der Verstaatlichung der

1) So z. B. Liek: a. a. O., S. 80 ff.
2) Ebenda. S. 82.

Kassenärzte glaubt man verschiedene Vorteile zu erreichen [1]): Die Kassenärzte werden nicht mehr zum Massenbetrieb gezwungen sein, da sie unabhängig von der Anzahl der Konsultationen nur ein und dasselbe Honorar erhalten können. Demzufolge wird der grosse Wettbewerb der Kassenärzte untereinander, und dessen zahlreiche unerfreuliche Nebenerscheinungen aufhören, oder wenigstens zum grössten Teil beseitigt, da der Wettbewerb wegen des festen Honorars keine Vorteile mehr bringen kann. So hat das „beamtete Arztsystem" wenigstens den Vorzug, „die Möglichkeit des ärztlichen Desinteressements an dem einzelnen Kranken zu schaffen" [2]).

Desweiteren werden die Kassenärzte auch ideelle Vorteile von dieser Regelung haben, da ihnen nunmehr hinreichende Zeit für Erholung und Fortbildung bleiben wird.

In enger Verbindung mit der Verbeamtung der Kassenärzte wird auch oft die Errichtung von Ambulatorien oder Eigenwirtschaftsbetrieben durch die Krankenkassen erörtert. Die Vorteile dieser werden von Finkenrath in folgendem gesehen: „Eine besondere Form in der Richtung fixierter kassenärztlicher Tätigkeit ist die Uebernahme der ärztlichen Behandlung im Eigenwirtschaftsbetriebe der Krankenkassen; Raum, Instrumentarium werden Eigentum der Krankenkasse, und der Arzt wirkt als Angestellter oder Beamter der Kasse. Hier handelt es sich um einen völligen Bruch mit den bisherigen Gepflogenheiten der ärztlichen Versorgung. Denn nunmehr wird mit dem persönlichen Verhältnis zwischen Arzt und Patient für die Kassenpraxis völlig gebrochen. Nicht der Kranke, sondern der Fall beschäftigt den Mediziner der Kasse" [3]).

Wenn man die aufgezeigten Vorteile betrachtet, so geht daraus

---

1) Diesbezüglich siehe auch Finkenrath, a. a. O, S. 18: „In Portugal aber erfolgt die ärztliche Behandlung durch beamtete Aerzte des Staates. Diese Lösungen sind von zwei Seiten wichtig. Die üblichen eingangs gekennzeichneten Streitigkeiten zwischen Kassenärzten und Krankenkassen und ihre Verschärfung durch Klassensentiment und — Ressentiment fallen fort. Rechtlich ist die ärztliche Begutachtung einer etwaigen unzulänglichen Beeinflussung durch die zur Leistung verpflichteten Versicherungskassen entzogen".

2) Finkenrath: a. a. O. S. 41.

3) Finkenrath: a. a. O. S. 26.

klar hervor, dass die Verbeamtung oder Verstaatlichung der Kassenärzte ein viel besserer Weg zur Beseitigung des Notstandes in der Aerzteschaft ist als die Einräumung der Arztwahl in der Sozialversicherung.

Ein drittes System, das in vielen Ländern benutzt wird, ist das sog. gemischte System, welches zwischen den beiden anderen steht. Bei diesem System werden Kollektivverträge zwischen den Versicherungsanstalten und den Aerzteverbänden abgeschlossen. Die Kollektivverträge sind auf der Basis eines Minimaltarifs begründet[1]).

1) Hinsichtlich der verschiedenen Arztsysteme siehe auch Internationales Arbeitsamt: Die obligatorische Krankenversicherung, Genf 1927. Reihe M. Nr. 6. S. 419—421. Das Internationale Arbeitsamt stellt fest, dass in der Regel drei Arztsysteme zu finden sind, nämlich: „1. Zulassung aller sich bewerbenden Aerzte zur Kassenpraxis: unbeschränkte freie Arztwahl; 2. Zulassung eines jeden Arztes, der den Arztvertrag annimmt: beschränkte freie Arztwahl; 3. Eigenwirtschaftliche Besorgung des Arztdienstes; der Arztzwang".

Die Arztsysteme wurden von Manes auch ähnlich eingeteilt (Versicherungswesen, III. Bd., a. a. O. S. 260): „Man kennt verschiedene Arztsysteme, d. h. Regelungen der Verhältnisse zwischen Aerzten einerseits, Krankenkassen und Versicherten andererseits".

„Beim Arztzwang besorgen die Kassen unmittelbar den Arztdienst dadurch, dass sie einen Arzt oder mehrere Aerzte fest anstellen und die erkrankten Versicherten zwingen, sich, von besonderen Fällen abgesehen, von diesen Kassenärzten behandeln zu lassen".

„Im Gegensatz hierzu steht die freie Auswahl, sei es die beschränkte, sei es die unbeschränkte freie Arztwahl. Bei ersterer findet eine Vereinbarung der Krankenkassen mit der ärztlichen Standesorganisation über die Bedingungen für die ärztliche Behandlung statt, unter denen die Aerzte zur Behandlung bereit sind. Jeder Arzt, der mit diesen Bedingungen einverstanden ist, wird zur Behandlung zugelassen, sofern nicht etwa die Kassen die Zahl der Aerzte beschränken. Bei der unbeschränkten Arztwahl fällt jede Vereinbarung zwischen Kasse und Standesorganisation weg, indem jeder Versicherte sich von jedem Arzt behandeln lassen kann".

„Das in der Mitte stehende System der beschränkten freien Arztwahl ist in Deutschland das von 1932 ab ausschliesslich herrschende".

„Nunmehr schliessen die Krankenkassen (Kassenverbände, Kassenvereinigungen) Kollektivverträge mit den beteiligten kassenärztlichen Vereinigungen, die als eine Art Zwangsgewerkschaft der Kassenärzte eines Bezirks zu betrachten sind. Der Vertragsinhalt wird bestimmt durch den Reichsausschuss für Aerzte und Krankenkassen, der als selbstverwaltungsmässig organisierte Reichsbehörde zur Regelung der beiderseitigen Beziehungen eingesetzt ist".

Abschliessend lässt sich sagen, dass die Wichtigkeit eines guten Verhältnisses zwischen Aerztestand und Sozialversicherung ausser Frage steht, insbesondere wenn man an die grosse Zahl der Kassenärzte im Vergleich mit der gesamten Zahl der Aerzte eines Landes denkt. Infolgedessen hängt das Problem des ärztlichen Standes sehr viel von dem Sozialversicherungssystem ab.

Betrachtet man jedoch die Sozialversicherungseinrichtung als ganzes, so kann die Aerztefrage nur als eine Nebenfrage behandelt werden.

Der Wert einer für die Volksgemeinschaft so lebenswichtigen Einrichtung kann nicht nach der Unzufriedenheit einer nur mittelbar beteiligten Berufsklasse beurteilt werden.

Wie wichtig auch immer der Aerztestand für die Sozialversicherungseinrichtung sein mag, so kann er doch erst in zweiter Linie Berücksichtigung finden gegenüber den lebenswichtigen Interessen der Versicherten, d.h. der Arbeitermassen, für die diese Einrichtungen geschaffen wurden. Und schliesslich sind fast alle Klagen des Aerztestandes nicht unüberwindbar ; die Sozialversicherungsgesetze sind daher auch bemüht, sie zu beheben, einmal durch eine bessere Kontrolle und Auswahl, zum andern durch eine höhere Bezahlung der Aerzte. Einer der geeignetsten Auswege scheint u.E. jedoch die Verbeamtung oder Verstaatlichung der Kassenärzte zu sein.

§ 3. Verwaltungstechnische Kritiken.

I. Die Gefahr der Bürokratisierung und der zu hohen Verwaltungskosten.

Andere Gegner der modernen Sozialversicherung richten ihre Kritik besonders auf die Organisation ; sie glauben, dass eine derartige Sozialversicherungseinrichtung zwangsläufig auf eine Verbürokratisierung und demzufolge auf einen allzu kostspieligen Verwaltungsapparat hinauslaufe. Man wirft der Sozialversicherung vor, dass sie „einen riesigen Beamtenapparat“ [1]) braucht;

1) Liek: a. a. O. S. 42.

und dass „der gewaltige bürokratische Apparat der Kasse natürlich viel Geld kostet" [1].

Hinsichtlich der Verbürokratisierung schreibt man, dass „zwischen Arzt und Kranken, d.h. zwischen ein natürliches Vertrauensverhältnis sich eine bürokratisch geleitete Verwaltung schiebt" [2]. Ja, es kann nicht geleugnet werden, dass es eine solche „bürokratisch geleitete Verwaltung" gibt, aber andererseits kann auch nicht geleugnet werden, dass eine solche „bürokratische" Verwaltungsorganisation nicht notwendig wäre. Wie bei fast allen öffentlichen und privaten grossen Einrichtungen, die zentral geleitet werden müssen, so ist auch bei der Sozialversicherung eine in gewissem Sinn „bürokratisch geleitete Verwaltung" unumgänglich notwendig, um „zeitliche, räumliche und personelle Schwierigkeiten aller Art möglichst reibungslos zu überwinden" [3].

Dass ein grosser Verwaltungsapparat bei der Sozialversicherung erforderlich ist, erkennen auch ihre Gegner an, so beispielsweise Horneffer: „Der grosse Verwaltungsapparat der Sozialversicherung ist oft beklagt und getadelt worden. Hieran ist sie unschuldig. Diese überlastete Verwaltung entspringt dem Wesen ihrer Aufgabe, ist mit diesem Wesen unvermeidbar verbunden" [4].

Dieser „kostspielige" Verwaltungsapparat ist notwendig, weil die Sozialversicherung im Hinblick auf ihren Versicherungsfonds eine schwierige doppelte Aufgabe zu erfüllen hat: sie muss zuerst aus einer Vielzahl kleiner und kleinster Beiträge den allergrössten Teil ihres Fonds ansammeln, und dann muss sie diese Riesensumme wiederum in kleine und kleinste Summen aufteilen, um diese Teilbeträge an die Vielzahl von verletzten und erkrankten Versicherten auszuzahlen. Es zeigt sich also, dass die Kritik, die die Abschaffung des grossen Verwaltungsapparates und damit die der Sozialversicherung selbst fordert, keine innere Berechtigung hat. So schreibt Hartz: „Bei den Folgerungen, die ich glaube aus meinen Betrachtungen ziehen zu müssen, scheint mir der ganze Apparat entbehrlich zu sei. Ich glaube nicht, dass der ganze Apparat der So-

1) Lick: a. a. O., S. 28.
2) Ebenda. S. 20.
3) Manes: Versicherungswesen. 3. Bd., a. a. O. S. 218.
4) Horneffer: a. a. O. S. 34.

zialversicherung, so wie sie jetzt besteht, nennenswert verringert werden kann, auch bei einer Neugestaltung der Sozialversicherung" [1]).

Der bestehende Verwaltungsapparat in der Sozialversicherung ist nicht zu entbehren, auch wenn er die Gefahr der Verbürokratisierung in sich schliesst; im übrigen ist dieser Mangel auch keineswegs unüberwindbar gross und bildet erst recht keinen so schwerwiegenden Grund, um einzig und allein wegen dieses „kostspieligen" und „bürokratischen" Verwaltungsapparates die völlige Abschaffung der Sozialversicherung zu fordern. Die Einrichtung der obligatorischen Sozialversicherung hat sich von Anfang an als sehr günstig erwiesen für die Arbeitermassen. Dies zeigt mit aller Deutlichkeit die mehr als fünfzigjährige Entwicklung der Sozialversicherung in Deutschland. Ihre wertvollen und allgemein anerkannten Ergebnisse werden noch im nächsten Kapitel dieser Arbeit (S. 332 ff.) darzustellen sein.

Nichtsdestoweniger sind wegen der hohen Verwaltungskosten die heftigsten Angriffe auf die moderne Sozialversicherung erfolgt, dass ein solcher grosser Verwaltungsapparat natürlich viel Geld kostet, weil er aus „prunkhaften Versicherungspalästen, aus einem riesigen Beamtenapparat, unübersehbaren Bergen von Akten, Gutachten, Berichten, endlosen Scherereien der Arbeitgeber und der Versicherten mit Karten, Klebemarken, Kontrolle" [2]) usw. bestehe [3]). Wegen dieser angeblichen Fehlleitungen eines grossen Teils des Versicherungsfonds, die man alle kurzweg unter dem

---

1) Hartz: Irrwege der deutschen Sozialpolitik, a. a. O. S. 127.
2) Liek: a. a. O. S. 42.
3) Siehe darüber auch bei R. Wilbrandt, Zur Kritik der Sozialversicherung in Deutschland, a. a. O. S. 64: „Man behauptet immer, 'die deutsche Sozialversicherung arbeite zu teuer'. Es geschieht das nicht immer in sachlich begründeter und einwandfreier Form, das Schlagwort beherrscht vielmehr auch hier sehr oft die öffentliche Diskussion. Man spricht von „Palästen der Krankenkassen", gemeint sind die Verwaltungsgebäude, von Luxusautomobilen der 'Bonzen', gemeint sind die leitenden Persönlichkeiten innerhalb der betreffenden Verwaltungen, man wirft diesen Persönlichkeiten vor, dass sie 'Ministergehälter' bezögen, wobei man in der Regel vergisst, dass im arm gewordenen Deutschland die Ministergehälter sich gegenüber anderen Gehältern leitender Persönlichkeiten auf einer recht bescheidenen Höhe bewegen".

Schlagwort der hohen Verwaltungskosten kritisiert, fordern die Gegner der Sozialversicherung gleichfalls die völlige Beseitigung dieser Einrichtung. So schreibt Horneffer: „...die Verwaltung wird ungemein kostspielig, sie wird so umfangreich und überladen, dass sie einen grossen Teil des Gesamteinkommens verschlingt, also dem eigentlichen Zweck entzieht... Sie kann deshalb, man mag sich drehen und wenden wie man will, ihre wahren Zwecke grundsätzlich niemals erfüllen" [1]). Geht man aber den von den Kritikern so heftig umstrittenen „hohen Verwaltungskosten" auf den Grund, so zeigt es sich, dass die in den Sozialversicherungen der Länder aufgewendeten Verwaltungskosten keineswegs so hoch sind im Verhältnis zu den verwalteten Versicherungsfonds, wie man nach dem Ausmass der Kritik glauben müsste.

Hinsichtlich der Verwaltungskosten in der Sozialversicherung stellt Weddigen für Deutschland fest, dass sie „nur wenige Prozent der Gesamtausgaben der Sozialversicherung" betragen, und zwar machten sie im Jahre 1927 noch nicht 6 % der Ausgaben aus [2]).

In Frankreich wurden die Verwaltungskosten der Sozialversicherung durch das Gesetz vom 30. April 1930, Art. 68, § 6 auf 5% der Gesamteinnahmen aus den Beiträgen festgesetzt ; und zwar werden diese 5% aus dem sogen. „Fond de majoration et de solidarité" zur Verfügung gestellt [3]).

In Rumänien werden der Zentralkasse zur Deckung der

---

1) Horneffer: a. a. O. S. 53—54.

2) W. Weddigen, Sozialpolitik. Jena 1933. S. 235. Desgleichen bei R. Wilbrandt, a. a. O. S. 64—65: „Die Gesamtverwaltungskosten bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen betragen 1928 etwa 7% der Einnahmen, bei der Unfallversicherung 10%, bei der Invalidenversicherung etwa 4½ %, bei der Angestelltenversicherung etwa 4%. Die verhältnismässige Höhe der Verwaltungskosten bei der Unfallversicherung ist wohl dadurch zu erklären, dass zu dem Aufgabenkreis dieser Institution die Unfallverhütung gehört, die durch Überwachung der Betriebe, Einwirkung auf die Produktionstechnik, literarische und bildmässige Propaganda betrieben wird und naturgemäss erhebliche Aufwendungen erfordert".

3) Manuel pratique des assurances sociales. 3-e Edition. Commentaire et texte de la loi du 5 Avril 1928 modifié par la loi du 30 Avril 1930. Comité Central des Assurances Sociales. Paris 1930. S. 161.

Verwaltungskosten nach dem Einheitsgesetz vom 7. April 1933 — Art. 53 — 7 Prozent des Gesamtfonds der Sozialversicherung bewilligt.

Diese willkürlich herausgegriffenen Beispiele zeigen mit aller Deutlichkeit, dass die Verwaltungskosten in der Sozialversicherung nicht erheblich sind, und dass die Kritiken reichlich übertrieben worden sind. Einen Beweis für die Haltlosigkeit der Angriffe auf die Verwaltungskosten in der Sozialversicherung gibt auch ein Vergleich mit den privaten Versicherungsgesellschaften, deren Verwaltungskosten nach den Berechnungen von Wilbrandt durchschnittlich 15 % der Einnahmen betragen [1]). Allerdings dürfte der Prozentsatz der Verwaltungskosten der Privatversicherung im allgemeinen doch erheblich höher liegen, wenn nicht doppelt so hoch sein. Wilbrandt hat offenbar bei seinen Berechnungen die Provisionen nicht berücksichtigt.

Ferner hat man der Sozialversicherung, teilweise auch unter dem Schlagwort der hohen Verwaltungskosten vorgeworfen, dass sie riesige Kapitalien der Arbeitnehmerschaft in üppigen und prunkvollen Verwaltungsgebäuden festgelegt habe. So heisst es: „Die Ausstattung der Gebäude wie der Innenräume ist vielfach so üppig und verschwenderisch, von so kostspieligem und wertvollem Material, dass die Bauwerke der vorhergenannten Art, die ein sittliches Recht zur Prachtentfaltung haben, dadurch oft genug in den Schatten gestellt werden. Bisweilen auf den teuersten Grundstücken der Stadt, die allein Millionen kosten, erheben sich diese Paläste" [2]). In derselben Weise schreibt auch Liek von „einem unverzeih-

1) R. Wilbrandt, a. a. O. S. 63. Wilbrandt hält aber auch im Verhältnis zu dem Aufgabenkreis der Sozialversicherung die Verwaltungskosten überhaupt nicht hoch: „Bei der Berücksichtigung des grossen Aufgabenkreises, den alle diese Verwaltungen zu erfüllen haben, bei Beachtung der Tatsache, dass es sich um eine Fülle von Einzelgeschäften, Abrechnungen, Korrespondenzen, Gutachten, Durchführung von Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsinstanzen handelt, wenn man weiter daran denkt, dass z. B. die reichsgesetzlichen Krankenkassen im Jahresdurchschnitt 1928 20 Mill. Versicherte umfassten, wird man den Verwaltungsaufwand nicht als zu hoch bezeichnen können. Als Vergleich sei angeführt, dass die privaten Versicherungsgesellschaften mit durchschnittlich 15 % der Einnahmen als Verwaltungskosten rechnen". S. 63.

2) Horneffer, a. a. O., S. 33.

lichen Luxus bei den Krankenkassenbauten" und von „prunkvollen Ausstattungen; Klubsesseln, Marmor und edlen Holztäfelungen", die in den Verwaltungsgebäuden der Sozialversicherung zu finden sind [1]).

Auf diese Vorwürfe lässt sich sagen, dass allerdings gelegentlich eine übertriebene Pracht bei dem Bau und der Einrichtung der Verwaltungsgebäude entfaltet worden ist, dass die Aufwendungen für Bauten aber im Durchschnitt trotzdem nur einen sehr geringen Teil der Sozialversicherungseinnahmen ausmachen. So werden in Deutschland bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen ungefähr 1% der Einnahmen für Bauten und für den Erwerb von Grundstücken ausgegeben [2]).

In Rumänien dürfen die Aufwendungen für Bauten nach dem Einheitsgesetz von 1933, Art. 53, höchstens 3% des Gesamtfonds der Sozialversicherung betragen [3]).

Ausserdem muss man selbst bei diesem niedrigen Prozentsatz der Bauaufwendungen in Betracht ziehen, dass in Deutschland sowohl als auch in Rumänien und in anderen Ländern in den Ausgaben für Bauten auch alle Aufwendungen für die Erholungsheime, Krankenhäuser, Heilanstalten usw., die von der Sozialversicherung gebaut wurden, mit eingerechnet werden. Der in Verwaltungsgebäuden festgelegte Anteil der Aufwendung kann daher nur sehr gering sein. Diese Auffassung wird auch von Wilbrandt vertreten: „Man wird in Deutschland eher die Erfahrung machen, dass gerade die Krankenkassen in unzulänglichen Bauten untergebracht sind, als die Feststellung, dass wirklich Luxusbauten vorhanden wären. Es ist freilich so, dass bei etwa notwendigen Neubauten auf besonders gute und dauerhafte Bauweise gesehen werden muss, einfach weil Sozialversicherungen sich derartige Neubauten nicht allzuoft leisten können, weil aber auch der Publikumsverkehr bei all diesen Stellen sehr gross ist und hohe Anforderungen an Güte und Dauerhaftigkeit der Bauweise stellt" [4]).

1) Lick, a. a. O., S. 29.
2) Wilbrandt, a. a. O. S. 65.
3) d. h. die Aufwendungen für Bauten dürfen höchstens 30 % des Reservefonds betragen, der seinerseits auf 6 % des Gesamtfonds festgesetzt ist.
4) Wilbrandt, a. a. O., S. 65.

Schliesslich muss berücksichtigt werden, dass gelegentliche Schäden hinsichtlich einer zu grossen Luxusentfaltung bei den Verwaltungsgebäuden, ebenso wie die Gefahr der Verbürokratisierung und der allzu hohen Verwaltungskosten nicht unmittelbare Folge des Bestehens der Sozialversicherungseinrichtungen selbst sind, sondern lediglich Folgen eines Mangels in der Organisation, der Kontrolle und hauptsächlich in der Auswahl eines nicht nur gut geschulten, sondern auch moralisch gesunden Beamtenapparat bei der Sozialversicherung. Infolgedessen sind die oben gekennzeichneten Schäden überwindbare und mehr oder weniger auch künftig vermeidbare Schäden. Aus diesem Grund berechtigen derartige Mängel die Gegner der Sozialversicherung auch keineswegs, die Existenzberechtigung der Sozialversicherung in Frage zu stellen und ihre Beseitigung zu fordern.

Und dass man inzwischen mit allen zu Gebote stehenden Mittel an eine künftige Ausschaltung solcher Misstände gegangen ist, zeigen die entsprechenden gesetzlichen Regelungen vieler Länder. Beispielsweise bewirkte das rumänische Einheitsgesetz vom April 1933 eine Vereinheitlichung und Vereinfachung des ganzen rumänischen Sozialversicherungssystems und damit ein Ersparnis von 50 Millionen Lei — d.s. ungefähr 1.250.000 RM. — allein an den Verwaltungskosten [1]).

Das neue französische Sozialversicherungsgesetz vom 31. Oktober 1935 sucht derartige Mängel ebenfalls auszuschalten und damit eine Senkung der Verwaltungskosten zu erreichen. Man hofft künftig die Verwaltungskosten um ungefähr 20% senken zu können.

Auch in Deutschland hat man verschiedene Vorschriften erlassen, um den Missbrauch der Sozialversicherungsfonds in der Verwaltung möglichst zu vermeiden. So sieht beispielsweise die Reichsversicherungsordnung in den §§ 27 d und 27 e — nach dem Stand vom 1. Juli 1934 — vor, dass beim Erwerb von Grundstücken, deren Kaufpreis die vom Reichsarbeitsminister festgesetzte Höchstgrenzen überschreitet, die Genehmigung des Reichsversicherungsamtes eingeholt werden muss; desgleichen wenn bei der Errich-

1) D. R. Ioaniţescu: Curs de politică socială, a. a. O. S. 230.

tung oder Erweiterung von Gebäuden die Kosten die vom Reichsarbeitsminister z.Zt. festgesetzte Höchstsumme von RM 100.000.— übersteigen.

Ganz abgesehen von diesen speziellen Massnahmen wird immer Aufgaben der Staaten und besonders der Leiter der Sozialversicherungsanstalten sein, dafür Sorge zu tragen, dass der Gesamtfonds der Sozialversicherung so wenig wie möglich missbraucht wird. Denn letzten Endes darf man niemals vergessen, dass diese Gesamtfonds in erster Linie aus den Beiträgen der schlecht bezahltesten Arbeiter angesammelt wurden. Sie dürfen auf keinen Fall leichtsinnig verwendet werden, sondern müssen restlos den grossen und wichtigen Aufgaben der Sozialversicherung nutzbar gemacht werden, weil hier die Kapitalien der Aermsten aus dem Volke auf dem Spiel stehen.

II. Missbrauch der Sozialversicherungseinrichtungen. Versicherungsbetrug.

Andere ernsthafte Kritiken wenden sich auf Grund der Möglichkeit des Versicherungsbetrugs gegen die Sozialversicherung an sich. Ein Missbrauch der Sozialversicherungseinrichtungen kann sowohl von Seiten der Versicherten, der Aerzte, der Arbeitgeber als auch der eigenen Verwaltungsbeamten vorkommen. Die Gefahr des Versicherungsbetruges hält man vor allem bei den Versicherten selbst für sehr gross, weil sie auf Grund der Pflichtbeiträge danach streben, die Sozialversicherungseinrichtungen nach Möglichkeit auch auszunutzen, d.h. jeder Versicherte sucht auf irgend eine Weise „etwas für seine Beiträge von der Versicherung zu haben" [1]).

Es heisst daher, dass die Sozialversicherung eine „Verleitung zum Betrug" [2]) sei, weil die Krankheit durch die Krankenversicherung „ein Geschäft" geworden ist. „Was ist heute aus dieser ehrenhaften und dankbaren Aufgabe geworden? ein Spiel mit der Krankheit (was die gesunden, schaffenden Schichten unseres Volkes den

1) Vergl. W. Weddigen: Grundfragen der Sozialversicherungsreform, a. a. O. S. 86—87.
2) Liek: a. a. O. S. 31.

degenerierten und absterbenden Kreisen überlassen sollten) und, was noch schlimmer ist, ein Geschäft. Das Sprechzimmer des Arztes ist nicht mehr der Tempel, in dem der Kranke Heilung sucht, sondern die Börse, in der Geschäfte gemacht werden" [1]).

Auf Grund vielfacher Erfahrung kommt Liek sogar zu der Überzeugung, dass kein Mensch „völlig gefeit ist gegen die Versuchung, eine derartige Versicherung zu missbrauchen. Ich selbst möchte mich jedenfalls nicht zu den Immunen rechnen" schreibt Liek in seinem Buch: „Die Schäden der sozialen Versicherung" [2]).

In derselben Weise denkt auch Horneffer, wenn er schreibt, dass die Sozialversicherung „die sittliche Gesundheit des deutschen Volkes, die noch besteht, zu unterhöhlen droht"... „Wenn infolge einer Krankheit, ohne zu arbeiten, Vorteile zu erwarten sind, wenn ohne Arbeit Geld erhältlich ist... so ist dem Faulenzertum und Schmarotzertum Tür und Tor geöffnet. Nur märchenhaften Idealmenschen, die es niemals gibt, wäre eine solche Gesetzgebung zuzumuten" [3]). Horneffer behauptet sogar, dass „die trügerische Ausnutzung der Sozialversicherung in weiten Kreisen der Beteiligten garnicht mehr als „unanständig", sondern als „selbstverständlich" empfunden wird [4]).

Aber nicht nur die Versicherten selbst sondern auch die Aerzte missbrauchen die Sozialversicherung, weil sie die „Heucheleien und Missbräuche decken und durchschlüpfen lassen" [5]). Die Aerzte aber, die die Sozialversicherungseinrichtung am meisten missbrauchen sind die sogenannten „Kassenlöwen", die den „Massenbetrieb" der Kassenpraxis an sich reissen. Und weil der Kassenarzt durchschnittlich für eine Beratung nicht das erhält, was der Friseur für das Haarschneiden fordert, muss der Arzt — um sich ein grösseres Einkommen zu schaffen — eine grosse Menge Patienten durch „flüchtige Ramscharbeit" untersuchen, so dass er als Geschäftsmann und nicht als Arzt handelt [6]). „Es ist eine allgemein bekannte

1) Liek: a. a. O. S. 49.
2) Ebenda. S. 50.
3) Horneffer: a. a. O. S. 22—23.
4) Ebenda. S. 27.
5) Ebenda. S. 31.
6) Liek: a. a. O. S. 26—27 pnd 31—32.

Tatsache, dass fast immer jüngere Aerzte (25—35 Jahren) Kassenlöwen sind. Warum? Man sollte doch umgekehrt annehmen, dass erst der ältere Arzt dank seiner grösseren Erfahrung, dank seiner Erfolge sich das Vertrauen weiter Kreise erwirbt. Der Aufstieg kommt in der Tat nicht auf diesem überlebten Wege zustande. Vielmehr wird der junge, um die Gründung seiner Existenz besorgte Arzt leichter geneigt sein, Mahnungen des ärztlichen Gewissens zu übertöten, d.h. er stellt Gefälligkeitsatteste aus, bescheinigt weitherzig die Arbeitsunfähigkeit, findet mehr, als tatsächlich vorhanden ist, oder gibt belanglosen Veränderungen eine nicht zutreffende Bedeutung. Kurz, er handelt als Geschäftsmann, nicht als Arzt" [1]).

Dass in gewissem Umfang Betrügereien und Missbräuche in der Sozialversicherung vorkommen können, liegt in der Natur der Sache, weil in den Sozialversicherungseinrichtungen nicht eine kleine Zahl von Versicherten sondern Millionen werktätige Menschen betreut werden. Sie muss daher wie jede soziale Einrichtung, die mit dem Faktor „Mensch" rechnen muss, einen gewissen Prozentsatz an Missbräuchen und Betrügereien erwarten. So stellt Manes fest, „dass es die Sozialversicherung in beinahe allen Schandensfällen nicht mit objektiv vollkommen messbaren Tatbeständen zu tun hat, sondern dass sich in ihre Schadensfälle das unwägbare und unmessbare Element der Persönlichkeit des Versicherten eindrängt" [2]).

Versicherte und Arbeitgeber, Aerzte (Kassenärzte) und Verwaltungsbeamte, alle können Missbräuche begehen. Einige wollen möglichst wenig bezahlen, und gleichzeitig den grösstmöglichsten Vorteil von der Sozialversicherung haben, andere aber wollen sich auf unrechtmässige Weise Vorteile verschaffen.

Trotzdem lässt sich leicht erkennen, dass auch die diesbezüglichen Angriffe auf die Sozialversicherung ebenso wie in den vorhergehenden Abschnitten erörterten Kritiken im allgemeinen stark übertrieben sind. So der bekannte französische Schriftsteller — Paul Pic — stellt fest, dass die Kritiken hinsichtlich des Missbrauchs der Sozialversicherung, im besonderen in Bezug auf die

---

1) Liek: a. a. O. S. 31.

2) Manes: Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 216.

deutsche Sozialversicherung, übertrieben sind: „Il convient de noter toutefois que, si les abus révélés sont réels, le requisitoire dont ils ont été le prétexte paraît singulièrement exagéré; et ce qui le prouve, c'est que nul ne songe sérieusement en Allemagne à renoncer à un régime, qui dans l'ensemble a rapproché le travail du capital, et donné la sécurité du lendemain à une masse énorme de travailleurs" [1]).

Wir schliessen uns daher den schon an anderer Stelle zitierten Ausführungen von Herkner an, dass bei einer strengen statistischen Fassung die ziffernmässige Bedeutung der Missbräuche geringfügig bleibt. Da sich die Zahl der Versicherten auf Millionen beläuft, „so kann die absolute Ziffer missbräuchlicher Ausnutzungen gross erscheinen, wenn auch der Bruchteil der Fälle... ganz gering ist" [2]).

Im übrigen sind alle Kritiken betreffend die Ausnutzungen der Sozialversicherung in betrügerischer Absicht nur von verwaltungstechnischer Bedeutung. Diese Kritiken können in keiner Weise die Forderung nach Abschaffung der Sozialversicherungseinrichtungen rechtfertigen, sondern nur die Dringlichkeit entsprechender Verwaltungsmassnahmen zur Vermeidung künftiger Missbräuche klarmachen.

Was hier geschehen muss, ist die Begrenzung der Missbräuche auf das geringste Ausmass [3]).

Das kann in erster Linie, wie schon früher erwähnt, durch eine bessere Auswahl sowohl der Verwaltungsbeamten als auch der Aerzte, die am leichtesten „die Heucheleien und Missbräuche dekken und durchschlüpfen lassen" [4]) erreicht werden. Ferner empfiehlt es sich, auch abschreckende Strafen einzuführen für Versicherte, die sich unerlaubter Mittel bedienen zur Erlangung von Sozialleistungen.

---

1) Paul Pic: a. a. O. S. 1009.

2) Herkner: Die Arbeiterfrage. a. a. O. S. 383—385.

3) Siehe auch Briefs: Die volkswirtschaftliche Bewertung der Sozialversicherung. Die deutsche Sozialversicherung seit 1914. Essen 1929. S. 26: „Man muss damit rechnen, dass alle gesellschaftlichen Institutionen eine gewisse Quote unvermeidlichen Missbrauchs umschliessen. Es kommt darauf an, sie auf ein Minimum zu begrenzen".

4) Horneffer: a. a. O. S. 31.

In vielen Ländern hat man inzwischen schon verschiedene geeignete Massregeln zur Bekämpfung des Missbrauchs der Sozialversicherungseinrichtungen eingeführt.

Vor allem hat man in fast allen Ländern die Geldleistungen so festgesetzt, dass sie nur einen Teil des entfallenden Arbeitseinkommens betragen, obwohl das ursprüngliche Ziel der Sozialversicherungen die völlige Sicherung der Arbeitseinkommens war[1]). Fast überall findet man als Schutzmassnahme gegen die eben erwähnten Missbräuche, dass die Krankengelder und Renten nur einen durch Gesetz festgesetzten Prozentsatz der Löhne ausmachen. So betragen beispielsweise die Krankengelder in Deutschland, Frankreich und Rumänien nur 50% des Arbeitseinkommens. In der Rentenversicherung betragen die Unfallrenten bei voller Arbeitsunfähigkeit 2/3 des Lohnes in Deutschland und Rumänien und in Frankreich betragen die Invaliden-und Altersrenten 40% des Lohnes.

Ferner wird in vielen Ländern die Gewährung der Krankengelder stets nach einer bestimmten Wartezeit abhängig gemacht. So wurde schon im zweiten Abschnitt erwähnt, dass das Krankengeld in Deutschland erst vom 4. Krankheitstage ab, in Rumänien vom 8. Tage und in Frankreich vom 6. (bei mehr als 3 Kinder aber vom 4.) Krankheitstage ab gewährt wird. Dies ist lediglich eine Schutzmassnahme gegen den Missbrauch der Sozialversicherung.

Eine sehr wichtige und wirksame Massnahme gegen eine missbräuchliche Ausnutzung der Sozialversicherung ist die Selbstbeteiligung der Versicherten am Schaden, und zwar in der Weise, das sie einen bestimmten Anteil an den Arzt- und Arzneikosten selbst tragen müssen[2]).

---

1) Moldenhauer: Handwörterbuch der Staatswissenschaften, a. a. O. S. 831.

2) Siehe Weddigen, Grundfragen der Sozialversicherungsreform, a. a. O. S. 96: „den sichersten, reibungslosesten und billigsten Schutz der Kasse gegen Überarztung u. drgl. durch den Kassenarzt bedeutet ja der Patient, der die Arzt- und Heilmittelrechnungen zum Teil selbst bezahlen muss". Das System der Beteiligung an den Arzt- und Heilmittelkosten ist schon vor langer Zeit entstanden. Es war als Lyoner System oder System des „Ticket modérateur" in einzelnen Hilfskassen Frankreichs bekannt. Vgl. Weddigen: Sozialpolitik, a. a. O. S. 229.

Das französische Sozialversicherungsgesetz vom 30. April 1930 setzte die Beteiligung an den Arztkosten auf 15% fest, wenn der Lohn kleiner als 20 Fr. ist, und auf 20%, wenn der Lohn mehr als 20 francs beträgt. Bei den benötigten Arzneien und Heilmitteln müssen die Versicherten ausserdem 15% der Kosten selbst zahlen. Jedoch werden in beiden Fällen — sowohl bei den Arzt- als auch bei den Arzneikosten — die sehr armen Versicherten von der Beteiligung von Kosten befreit [1]).

Die deutsche Sozialversicherung kennt auch eine gewisse Beteiligung an Arztkosten in Form des Krankenscheines [2]). Nach § 182a R.V.O. wird der Versicherte auch an den Kosten für Arznei-, Heil- und Stärkemitteln beteiligt, und zwar muss der Versicherte für jede Verordnung den Betrag von 25 Rpf. zahlen [3]).

Als eine zweckmässige Massnahme zur Bekämpfung der Missbräuche in der Sozialversicherung sei hier noch auf die grossen Vorteile beamteter Kassenärzte hingewiesen. Beispielsweise hat die rumänische Sozialversicherung viele eigene Krankenhäuser und Heilanstalten und dementsprechend beamtete Aerzte.

In andern Ländern, wie beispielsweise Deutschland, hat man zur Bekämpfung der Missbräuche in der Sozialversicherung von Seiten des Aerztestandes das Vertrauensarztsystem eingeführt. Auch die zur Sicherung gegen Missbrauch in vielen Ländern in der Sozialversicherung eingeführten Kontrollen und Strafvorschriften können geeignete Massnahmen sein. Vor allem findet man in der deutschen Sozialversicherung sowohl eine Kontrolle der Versicherten als auch der Aerzte [4]).

Zur Bekämpfung der Rentensucht dienen schliesslich auch die Kapitalabfindungen, die bei geringfügigen Verletzungen oder Invaliditätsfällen gezahlt werden. In Deutschland und Rumänien bestehen dahingehende Vorschriften, dass eine Unfallrente nur dann gewährt wird, wenn die Erwerbsfähigkeit eines Verletzten

---

1) Vergleich auch Paul Pic, a. a. O. S. 1036.

2) Siehe die Reichsversicherungsordnung § 187b. Für die Krankenhilfe hat der Versicherte einen Krankenschein zu lösen. Die Gebühr dafür beträgt 25 Rpf.

3) Siehe die Reichsversicherungsordnung (R. V. O.) § 182 a.

4) Vergl. W. Weddigen: Sozialpolitik, a. a. O. S. 230.

um mehr als ein Fünftel, d.s. 20% gemindert ist. Für geringere Verletzungen werden nur Kapitalabfindungen gezahlt.

Es zeigt sich also, dass fast alle Länder, die ein Sozialversicherungssystem besitzen, zahlreiche Massnahmen zur Bekämpfung der Missbräuche, Betrügereien und Ausnutzungen der Sozialversicherungseinrichtungen bereits eingeführt haben, so dass das Ausmass dieser Schäden mehr und mehr vermindert worden ist.

Abschliessend sei noch kurz auf die möglicherweise für die künftige Bekämpfung der Missbräuche in der Sozialversicherung sehr bedeutsame Frage der Gewinnbeteiligung der Versicherten in der Sozialversicherung[1]), d. h. einer Beitragsrückgewähr oder anderer geldlicher Vorteile, für solche Versicherte die längere Zeit hindurch keine Leistungen in Anspruch genommen haben, hingewiesen. Diese Gewinnbeteiligung des Versicherten in der Sozialversicherung findet „nach Massgabe seiner Nichtinanspruchnahme der Versicherungsleistungen"[2]) statt. An sich ist der Gedanke der Gewinnbeteiligung der Versicherten in der Privatversicherung schon seit langer Zeit bekannt.

Wie im einzelnen eines Tages die Verfahrensweise im Falle der Gewinnbeteiligung der Versicherten geregelt werden wird, ist nicht von grundsätzlicher Bedeutung. So stellt Weddigen fest, dass „man dabei nicht nur an eine sofortige Barauszahlung der Prämien, sonders auch an eine Gutschreibung auf Sparkonten denken kann"[3]).

In gewissem Sinn kann man sogar heute bereits von einer Gewinnbeteiligung beispielsweise in der deutschen Angestelltenversicherung sprechen in Bezug auf die dort vorhandene Beitragsrücker-

---

1) Vergl. W. Weddigen: Grundfragen der Sozialversicherungsreform, a. a. O. S. 99; „Zu dem gleichen Erfolg einer Belebung des Gesundheits- und Gesundungswillens der Versicherten beteiligt die Privatversicherung ferner den Versicherten nach Massgabe seiner Nichtinanspruchnahme der Versicherungsleistungen am Gewinn der Versicherung".

2) Ebenda.

3) Ebenda. S. 99—100.

stattung für die weiblichen Versicherten, wenn sie sich verheiraten, oder im Todesfall oder endlich, wenn sie in eine geistliche Genossenschaft eintreten [1]).

§ 4. Die Forderung nach Abschaffung der Sozialversicherung und das Sparzwangssystem.

Bei der kritischen Würdigung der einzelnen Angriffe die seit ihrem Bestehen nicht nur sehr zahlreich sondern auch mit grosser Heftigkeit gegen das System der obligatorischen Sozialversicherung vorgebracht worden sind, mussten wir immer wieder die Feststellung machen, dass die betreffenden Kritiker nur in den seltensten Fällen sich in ihren Forderungen auf Beseitigung der aufgezeigten Missstände beschränkten, sondern meist — wohl aus ihrer Abneigung gegen das System der Sozialversicherung als solchem — um dieser Missstände Willen eine Abhilfe nur in der Beseitigung des ganzen Systems sahen. Es erhebt sich dann aber die Frage, was diese Gegner der Sozialversicherung erstreben. Wollen sie etwa die Abschaffung der Sozialversicherung um jeden Preis oder sind sie irgendwie doch ernsthaft um die Überwindung tatsächlich bestehender Missstände bemüht.

Soweit es um die Beseitigung der aufgezeigten Missbräuche der Sozialversicherungseinrichtungen geht, haben die Gegner der Sozialversicherung durchaus das Recht der Kritik auf ihrer Seite.

Wenn die Gegner der Sozialversicherung aber die völlige Abschaffung der Sozialversicherung fordern, so muss man sich doch fragen, was diese Kritiker der breiten Masse der unbemittelten Arbeitermassen an ihrer Stelle bieten wollen, um sie gegen die vielfältigen Berufsgefahren und anderen unvorherzusehenden Lebens- und Existenzgefahren zu schützen. „Soweit diese Kritiker keine Vorschläge machen, welches System an die Stelle der Sozialversicherung treten soll, besitzen sie für unsere Darstellung keine Bedeutung. Auf irgendeine Weise muss jede Gesellschaft das Problem der Verwirklichung eines minimalen Existenzrechts lösen" [2]).

---

1) Vergl. die Ausführungen im vorigen Abschnitt dieser Arbeit. S. 214—215.

2) Manes: Versicherungswesen. 3. Bd. a. a. O. S. 219.

Man kann doch nicht glauben, dass die Kritiker die Rückkehr zu der vor 50 Jahren bestehenden Lage der Arbeitermassen wünschen, als der arme und arbeitsunfähige, invalide Arbeiter einem völlig ungewissen Schicksal preisgegeben war und bestenfalls irgendwelche Wohlfahrtsunterstützungen bekam.

Einige Kritiker vermeiden es, selber eine Lösung zu versuchen. Andere dagegen bringen auch eigene Vorschläge, so Bäumer, Hartz, Horneffer, Liek, Arthur Müller, Stappert, Wenz, usw.

Liek beispielsweise setzt sich für die Verstaatlichung der Kassenarzte ein. Sein Vorschlag wurde schon gelegentlich der Kritiken betreffend die Unzufriedenheit des Aerztestandes eingehend erörtert. Da dieser Vorschlag ein Nebenproblem der Sozialversicherung berührt, und Liek keineswegs eine völlige Abschaffung der Sozialversicherung erstrebt, kann dieses Problem in diesem Zusammenhang ausser Acht gelassen werden.

Die anderen oben erwähnten Schriftsteller: Stappert, Hartz, Arthur Müller, Bäumer, Wenz, Horneffer usw. dagegen haben die völlige Abschaffung der Sozialversicherung gefordert und statt dessen die Einführung eines sogenannten allgemeinen Sparzwangssystems[1]).

Hartz fordert die völlige Abschaffung des Sozialversicherungssystems, unter Ausschaltung der Unfallversicherung, und die Einführung eines Systems sozialer Zwangssparkassen[2]). In diesen sozialen Zwangssparkassen werden die bisherigen Beiträge zur Sozialversicherung einschliesslich derjenigen der Arbeitgeber eingezahlt. „Man schaffe an Stelle der Sozialversicherung — Krankenversicherung, Invaliden-, Angestellten-, Arbeitslosen-und Knappschaftsversicherung — ein System sozialer Zwangssparkassen, in die jeder Deutsche ohne Unterschied des Standes, Be-

---

1) Stappert W. Krankenschein gefällig? München 1928
Hartz: Irrwege der deutschen Sozialpolitik und der Weg zur sozialen Freiheit, Berlin 1928.
Müller Arthur: Ersatz für die Sozialversicherung. Zeitschrift Nationalwirtschaft 1929. Heft 6.
Bäumer: Die Krankenversicherung, jetzt ein Fluch, umgestaltet ein Segen für das Volk, 1930.
Horneffer: Frevel am Volk. Gedanken zur deutschen Sozialpolitik, 2. Aufl., Leipzig 1930.

2) Hartz: a. a. O. Kap. XIV. S. 149—165.

rufes oder Einkommens, den Betrag, der heute als Beitrag für die Sozialversicherung bezahlt werden muss, einzuzahlen und die Einzahlung nachzuweisen hat. Genau so wie es heute bei der Sozialversicherung geschieht" [1]).

Jeder Einzelne wird sein eigenes Konto bei der Zwangssparkasse haben, welches er volles Verfügungsrecht hat. Aus diesem individuellen Sparkonto kann sich jeder einzelne selbst gegen die bisher durch die Sozialversicherungen gedeckten Notfälle schützen [2]).

Den wesentlichsten Vorteil dieses Sparzwangssystems sieht Hartz in der Abschaffung des grossen Verwaltungsapparates der Sozialversicherung, der immer sehr hohe Aufwendungen erfordert. Dagegen ist der Verwaltungsapparat der Sozialsparkasse produktiv und „trägt sich neben den an die Sparer zu vergütenden Zinsen selbst" [3]).

Hartz will auch den Kreis der Zwangssparer erheblich weiter ziehen als der der bisherigen Versicherungspflichtigen.

Nur auf diese Weise, nämlich durch das Sparzwangssystem, ist nach Hartz eine Befreiung des Arbeiters möglich. Nur das Sparzwangssystem kann dem Arbeiter den Weg zum Eigenbesitz und zum freien Eigentum eröffnen [4]).

Horneffer bringt ebenfalls ein Sparzwangssystem in Vorschlag, aber er verwendet nicht den Begriff der Zwangssparkassen. Er spricht lediglich von einer staatlichen Sparpflicht, die an Stelle der staatlichen Versicherungspflicht eintreten soll [5]). Horneffer vergleicht andererseits diese allgemeine Sparpflicht mit der schon von uns im anderen Zusammenhang herangezogenen [6]) allgemeinen Wehrpflicht und allgemeinen Schulpflicht [7]). In derselben Weise müsse der Staat auch die allgemeine Sparpflicht einführen. Weitere Einzelheiten über die Durchführung seines Vorschlages gibt Horneffer in seinem Buche nicht.

---

1) Hartz: a. a. O. S. 154—155.
2) Diesbezüglich vergleiche auch Albrecht, Grundfragen der Sozialversicherung. a. a. O. S. 19.
3) Hartz: a. a. O. S. 155.
4) Vergl. Albrecht, a. a. O. S. 18.
5) Horneffer: a. a. O. S. 61.
6) Vergl. S. 277—278 in dieser Arbeit.
7) Horneffer: a. a. O. S. 59 und 69.

Das vorgeschlagene Sparzwangssystem beruht auf der Erziehung des Einzelnen zur Selbsthilfe und auf dem Grundsatz der Selbstverantwortlichkeit, welche aber auch dem obligatorischen Sozialversicherungssystem zugrunde liegen [1]).

Das Individualzwangssparsystem ist ebenso wie die Sozialversicherung eine Massnahme zum Zwecke der Vorsorge, für die Deckung der Notfälle — der wahrscheinlichen zukünftigen Arbeits-und Lebensgefahren. Deswegen haben diese beiden Systeme viele gemeinsame Züge. „Sozialversicherung und Sparzwang sind also kein Gegensatz, sondern Sozialversicherung ist eine Art Sparzwangsgemeinschaft auf der Grundlage der Gegenseitigkeit" [2]).

Trotzdem ist die Sozialversicherung dem Sparzwangssystem überlegen, insbesondere was die Deckung der Notfälle anbetrifft. So schreibt Lutz Richter: „Das befürwortete System des weitausgedehnten Sparzwanges entfernt sich im Grundsatz nicht allzuweit von der Idee der Sozialversicherung, ohne dieser technisch überlegen zu sein. — Die angeblich gesellschaftsschädlichen Wirkungen gesicherter Lebenslage würden weder das Mass der Sicherungen in Wechselfällen des Lebens überschätzen noch einseitig ihre erschlaffende Wirkung sehen" [3]).

Der einzige wesentliche Unterschied zwischen den beiden Sys-

---

1) Dieser Spargedanke ist schon vor langer Zeit entstanden. Nach Ludwig Brucker: (Die deutsche Sozialversicherung am Scheidewege. Stuttgart 1933. S. 21.) geht er mindestens auf die Malthusische Zeit zurück. (Wende des 18. und 19. Jahrhunderts.)

Der Spargedanke kommt besonders in den Fabriksparkassen zum Ausdruck. Im Jahre 1831 wurde eine Art Spar- und Hilfskasse von Samuel Best in England begründet, welche gleiche Beiträge einsammelte, aber verschiedene Leistungen gewährte. In Deutschland entstanden ebenfalls nach 1860 eine Reihe von Fabriksparkassen, die aber im allgemeinen keine Krankenunterstützung vorsahen. Es müssen auch die Vorschläge von Schäffle erwähnt werden, in einem Entwurf „Vereinigte Versicherungs- und Spardienst bei Zwangshilfskassen". Tübbingen 1884. Er schlug die Verbindung des Spardienstes mit der Sozialversicherung vor, und zwar in den Hilfskassen. Er fusste dabei bis zu einem gewissen Grade auf dem oben erwähnten englischen Sparsystem von Samuel Best.

2) Manes: Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 219.

3) Lutz Richter: Sozialversicherungsrecht. Berlin 1931. S. 230.

temen besteht darin, dass die Sozialversicherung auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit aufgebaut ist, oder mit anderen Worten — „ins Soziale übertragen" wie Albrecht mit Recht sagt — auf dem Gedanken der Solidarität[1]). Und gerade in dem Vorhandensein dieses Prinzips der Gegenseitigkeit in der Sozialversicherung kommt ihre Überlegenheit dem Individualzwangssparsystems gegenüber zum Ausdruck.

Die Solidarität zwischen dem Arbeitgeber, dem Staat und den Bedürfnissen der Arbeitermassen ist eine Errungenschaft der Sozialversicherung, die von keiner andern sozialen Einrichtung dem Arbeiter so nahe gebracht worden ist, wie gerade von der Sozialversicherung. Nur auf Grund des Solidaritätsgedankens, des sozialen aber auch natürlichen Grundsatzes des „einer für alle, alle für einen" können die bedürftigen Arbeitermassen gegen die Notfälle des Lebens und der Arbeit unterstützt werden.

Das Sparzwangssystem erstrebt zwar auch eine Deckung der Notfälle, aber die Unterstützung beruht in diesem Fall nicht auf dem Gegenseitigkeitsprinzip sondern auf den individuellen Sparkonten.

Im Prinzip könnten die individuellen Sparkonten auch gross sein[2]). Aber bis sie die entsprechende Höhe erreicht haben, wie sollen oder können sich die bedürftigen Arbeiter in dieser Zwischenzeit unterstützen? Dass der Notfall immer plötzlich und unerwartet eintritt, kann nicht bestritten werden. Was sollen die Arbeiter aber bei einem unerwarteten frühen Eintritt des Notfalles machen, wenn die Ersparnisse weniger Jahre überhaupt noch nicht

---

1) Albrecht: a. a. O. S. 23.

2) So berechnet Hartz (a. a. O. S. 149—152), dass ein Arbeiter mit einem Wochenlohn von 36 Mark mit seinen Beiträgen zur Sozialversicherung, einschliesslich die Arbeitgeberanteile, bei Vollendung des 60. Lebensjahres ein Vermögen von 33.000 Mark besitzen würde. In derselben Weise ein Bergarbeiter, der einen höheren Lohn bekommt und dementsprechend höhere Beiträge zahlen muss, würde bei der Vollendung des 60. Lebensjahres ein Vermögen von 108.000 Mark besitzen. Aber man denke, dass dafür eine regelmässige Beitragszahlung vom 21. bis zum 60. Lebensjahre notwendig ist, die von so vielen Arbeitern nicht geleistet werden kann. Ferner setzen die Berechnungen von Hartz die Erhaltung des Vollverdienstes durch das ganze Leben (vom 21. bis zum 60. Lebensjahre) voraus, was auch nicht der Fall ist.

gross sein können, zumal wenn man berücksichtigt, dass zu Beginn der Berufstätigkeit der Vollverdienst noch nicht erreicht ist? Was sollen ferner diejenigen Arbeiter machen, die infolge eines Betriebsunfalles oder in Folge von Invalidität dauernd arbeitsunfähig werden? Schliesslich, „welcher Arbeiter kann von sich sagen, dass er vor der Not der konjunkturbedingten Arbeitslosigkeit auf alle Fälle geschützt ist? Sie kann jeden treffen, ob jung oder alt, ob ungelernt oder gelernt, ob höher oder geringer verdienend" [1]). Hier liegt der Vorzug der Sozialversicherung vor dem Sparzwangssystem. Der Grundgedanke und das oberste Ziel der Sozialversicherung ist die Existenzsicherung der Arbeitermassen zu allen Zeiten und gegen alle Lebens-und Arbeitsgefahren. Und dieses Ziel kann das Individual-Zwangssparsystem nie erreichen, weil es nicht auf dem Gegenseitigkeitsprinzip begründet ist. Albrecht charakterisiert die Überlegenheit der Sozialversicherung mit folgenden treffenden Worten: „Haben denn all diese Glücklich-Unglücklichen vorher gewusst, dass ihnen nichts oder nur verhältnismässig wenig im Leben zustossen würde, das sie vor das schreckliche Nichts hätüte stellen können? Eben dieses Unberechenbare ist ja der Anlass, warum man sich eines auf dem Gegenseitigkeits-und Ausgleichprinzip beruhenden Systems sowohl in der Privat-, wie in der Sozialversicherung zu bedienen gelernt hat" [2]).

Unseres Erachtens könnte man auf alle Vorschläge betreffend das Sparzwangssystem verzichten, wenn die schon (auf S. 324) gekennzeichnete Gewinnbeteiligung der Versicherten am Vermögen der Sozialversicherung eingeführt würde. Denn es gibt tatsächlich Fälle, in denen Arbeiter 15, 20 oder 30 Jahre lang Beiträge an die Sozialversicherung entrichten aber niemals Leistungen bekommen haben, weil sie weder krank noch invalide geworden sind. In diesen Fällen wäre es nur billig, dass dem Versicherten nach einer bestimmten Zeit wenigstens einen kleinen Anteil seiner Beiträge zurückerstattet würde. Mit der Einführung einer Gewinnbeteiligung oder einer Beitragsrückerstattung gäbe es keinen Vorzug des Sparzwangssystems mehr vor der Sozialversicherung.

---

1) Albrecht: a. a. O. S. 24—25.
2) Albrecht: a. a. O. S. 24.

Was schliesslich das von Hartz angeführte Argument zu Gunsten eines Sparzwangssystems anbelangt, nämlich die Befreiung des Arbeiters auf Grund seiner Unterstützung in dem Eigenbesitz, und zwar dem freien Eigentum, als Ergebnis des Sparzwangssystems, so haben die Kritiker übersehen, dass die Sozialversicherung eine derjenigen Einrichtungen ist, die in erster Linie die Finanzierung des Wohnungsbaues für Arbeiter unternommen hat. So weist Albrecht nach, dass in Deutschland in der Zeit von 1891 bis 1914 über 1/2 Milliarde Mark aus den Reserven der Träger der Invalidenversicherung diesem Zweck zugeflossen sind; das ist im Durchschnitt fast 1/4 des Reinvermögens dieser Anstalten [1]). Nach der Inflationszeit haben die Träger der Invalidenversicherung wiederum ungefähr 160 Millionen Mark bis zum 31. Dezember 1928 für den Arbeiterwohnungsbau verwendet [2]). Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte steht auch nicht zurück auf diesem Gebiete. So hat sie seit ihrem Bestehen bis zum Jahre 1928 etwa eine Viertelmilliarde dem gleichen Zwecke zugeführt [3]). Allein im Jahre 1934 beliefen sich die gesamten Neuanlagen für Wohnungszwecke in der Angestelltenversicherung auf 44 Mill. RM, und im Jahre 1933 sogar auf 50 Mill. RM. [4]).

Der Arbeiterwohnungsbau wurde aber nicht nur in Deutschland durch die Mittel der Sozialversicherung finanziert sondern auch in anderen Ländern. In Rumänien konnte gemäss dem Einheitsgesetz vom 7. April 1933 aus dem gesamten Reservefonds der Sozialversicherung die Finanzierung des Arbeiterwohnungsbaues unternommen werden. Sogar im Jahre 1933 hat man 50 Arbeiterwohnungen in Bukarest (Bezirk „Vatra Luminoasă") fertig gestellt, die den Versicherten zu sehr günstigen Bedingungen gegeben wurden [5]). Die Rückzahlung erfolgt erst nach 30 Jahren. Es zeigt sich also, dass

---

1) Albrecht: a. a. O. S. 27.

2) Ebenda.

3) Ebenda.

4) Bericht der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über das Geschäftsjahr 1934. S. 15.

5) D. R. Ioanițescu: Curs de politică socială, a. a. O. S. 225.

die Sozialversicherung die einzige Einrichtung ist, die eine wahre Existenzsicherung der arbeitenden Massen darstellt [1]).

Die Sozialversicherung hat viele Kritiken erfahren, trotzdem ist es bisher niemanden gelungen, eine andere bessere Einrichtung zu finden, die die Arbeits- und Lebensgefahren der bedürftigen Arbeiter und ihrer Familien so vorteilhaft decken könnte.

Aus diesem Grund schliessen wir uns den Ausführungen von Lutz Richter an, „dass die Abschaffung oder eine grundstürzende Umgestaltung der Sozialversicherung ein Sprung ins Dunkle wäre, der wissenschaftlich und gesellschaftspolitisch nicht verantwortet werden könnte" [2]).

Aus allem folgt daher die zwingende Notwendigkeit der Sozialversicherungseinrichtungen, oder wie Manes im Jahre 1930 vor einem Komité in Basel sagte : „es ist ebenso unmöglich das Wirtschaftsleben Deutschlands ohne Sozialversicherung zu denken, als ohne Telephon oder ohne Telegraph" [3]).

ELFTES KAPITEL

ERGEBNISSE UND ENTWICKLUNGSTENDENZEN DER MODERNEN SOZIALVERSICHERUNG.

§ 1. Statistische Ergebnisse.

Während im vorhergehenden Kapitel versucht wurde, die zahlreichen Kritiken der Sozialversicherungseinrichtungen systematisch zur Darstellung zu bringen und auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen, sollen nunmehr im folgenden die grossen Erfolge und Leistungen dieses einzigartigen sozialen Hilfswerks im Dienste der arbeitenden Massen gewürdigt werden.

---

1) Aus diesem Grund schreibt Manes mit vollem Recht, dass „der Vorschlag, die Sozialversicherung durch ein weit ausgebautes Sparzwangssystem zu ersetzen, auf einer Unterschätzung des objektiven Risikos der Existenzunsicherheit beruht". Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 219.

2) Lutz Richter: Vereinheitlichung der Sozialversicherung. Berlin 1931. S. 5.

3) Manes: Vor dem „Comité national d'études.' in Basel. 17. März 1930. zitiert von P. Pic: Traité élémentaire de législation industrielle. a. a. O. S. 1009.

Um aber eine exakte Vorstellung von der Bedeutung der Sozialversicherung in der Gegenwart und ihrer grossartigen Entwicklung zu bekommen, ist es notwendig, einige statistischen Angaben zu machen über die Zahl der versicherten Personen und die Grösse der Sozialversicherungsfonds in den wichtigsten Ländern. Die Fonds der Sozialversicherung werden im allgemeinen als Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben der Sozialversicherungseinrichtungen dargestellt. Zur besseren Veranschaulichung des Zahlenmaterials werden wir in einigen Ländern auch die Zahlen der Gesamtbevölkerung und der erwerbstätigen Personen heranziehen.

Bezüglich der internationalen Ausbreitung der Sozialversicherung können die Veröffentlichungen des Internationalen Arbeitsamts in Genf ausgewertet werden, auf die wir auch schon im I. Abschnitt dieser Arbeit vielfach hingewiesen haben.

Nach den Angaben des Internationalen Arbeitsamts gibt es gegenwärtig in der ganzen Welt die folgenden Sozialversicherungseinrichtungen [1]):

130 Sozialversicherungseinrichtungen betreffend die obligatorische Unfallversicherung und die Unfallentschädigungspflicht in 54 Ländern ;

45 obligatorische Kranken- und Muterschaftseinrichtungen in 31 Ländern ;

75 obligatorische Invaliditäts- bzw. Altersversicherungen und Versicherungen für den Todesfall in 30 Ländern.

Diese Zahlen sind aber nicht vollständig, weil es noch ausserdem zahlreiche Sonder-Sozialversicherungseinrichtungen der Eisenbahngesellschaften, der Staaten, der Gemeinden, der Provinzen usw. gibt. Demzufolge stellt das Internationale Arbeitsamt fest, dass es unter Einbeziehung aller regelmässigen und Sondereinrichtungen der Sozialversicherung und aller Staatsbürgerversorgungseinrichtungen der ganzen Welt, gegenwärtig 400 Gesetzgebungen gibt,

---

1) Internationales Arbeitsamt: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales. Genf 1933. Reihe M. Nr .12. S. 196—197.

die die werktätigen Menschen bei Unfällen, Krankheit, Mutterschaft, Invalidität, Alter und Tod unterstützen [1]).

Das Internationale Arbeitsamt stellt ferner fest, dass die verschiedenen Sozialversicherungszweige folgende versicherte Personen auf der ganzen Welt erfassen [2]).

Die obligatorischen Kranken-, und Mutterschaftsversicherungen umfassen ungefähr 90 Millionen Personen ; die obligatorischen Invaliditäts-, Alters- und Todes-Versicherungen ungefähr 100 Millionen Personen.

Ab 1. Januar 1937 wird aber beim Inkrafttreten des neuen Altersversicherungsgesetzes der Vereinigten Staaten von Amerika die Gesamtzahl der von der Altersversicherung erfassten Personen mehr als 125 Millionen betragen.

Die obligatorischen Unfallversicherungen und die Unfallentschädigungspflichteinrichtungen der ganzen Welt umfassen noch eine viel grössere Zahl von versicherten Personen als die eben erwähnten Versicherungszweige ; leider können hier keine zuverlässigen Zahlen angegeben werden, weil es in vielen Ländern keine entsprechend genauen Statistiken gibt [2]).

Bezüglich der Arbeitslosenversicherungen kommt das Internationale Arbeitsamt zu dem Ergebnis, dass es gegenwärtig in 17 Ländern eine solche Einrichtung gibt, und dass diese mehr als 42 Millionen versicherte Personen erfassen. Von diesen 17 Ländern besitzen 9 eine obligatorische Arbeitslosenversicherung und weit mehr als 38 Millionen versicherter Personen, die anderen 8 Länder haben nur eine freiwillige Arbeitslosenversicherung mit ungefähr 4 Millionen versicherten Personen [3]).

---

1) Dabei ist zu berücksichtigen, dass in diesen ebenso wie in den folgenden Zahlen die Arbeitslosenversicherungen nicht einbezogen worden sind.

2) I. A. A.: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 196.

3) Internationales Arbeitsamt: Assurance chômage et diverses formes d'assistance aux chômeures. Conférence internationale du travail, 17-e Session. Genf 1933. S. 4—5.

1. Deutschland.

a) Die Zahl der Versicherten.

Gegenwärtig umfasst die gesamte deutsche Sozialversicherung ungefähr 24 Millionen Versicherte. Genaue statistische Angaben über die Zahl der Versicherten gibt es nur in den verschiedenen Versicherungszweigen. So umfasste im Jahre 1934[1]):

1. die Krankenversicherung	18.071.000	Versicherten
2. die Unfallversicherung	23.458.354	„
3. die Invalidenversicherung	17.300.000	„
4. die Angestelltenversicherung	3.700.000	„
5. die Knappschaftsversicherung	528.873	„
6. die Arbeitslosenversicherung . . ung.	12.500.000	„

Die gesamte Bevölkerung des Deutschen Reiches, ohne das Saarland, betrug am 16. Juni 1933 — 65.218.461 Personen; von diesen waren 32.296.074 erwerbstätige Personen[2]). Das bedeutet also, dass die gesamte deutsche Sozialversicherung ungefähr 3/4 aller erwerbstätigen Personen und ungefähr 1/3 der gesamten Bevölkerung umfasste. Wenn man ferner die Familienangehörigen der Versicherten in Betracht zieht, weil sie in fast allen Versicherungszweigen verschiedene Ansprüche haben, so ergibt sich, dass mehr als 2/3 der gesamten Bevölkerung Deutschlands von der deutschen Sozialversicherung abhängig ist.

Die Gesamtzahl aller versicherten Personen in Deutschland nahm in den letzten 50 Jahren folgende Entwicklung[3]):

---

1) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung. Jahrgang 1935. Heft N. 12. Sonderausgabe des Reichsarbeitsblattes. Berlin, 25. Dez. 1935. S. IV, 477.

Die Arbeitslosenversicherungszahl ist aber nach dem Statistischen Jahrbuch für das Deutsche Reich 1935 berechnet. Herausgegeben vom Statistischen Reichsamt. Berlin 1935, S. 412.

2) Statistisches Jahrbuch 1935, a. a. O. S. 5 und 18. Die Bevölkerung des Deutschen Reichs einschliesslich des Saarlandes betrug im Jahre 1935 = 66.030.000 Personen.

3) Deutsche Wirtschaftskunde: Bearbeitet im Statistischen Reichsamt. 2. Aufl. Berlin 1935. S. 355.

Versicherte Personen

insgesamt	in vH der Gesamtbevölkerung
1885 = 4,7 Mill.	— 10 vH
1900 = 19,0 „	— 34 „
1913 = 26,0 „	— 39 „
1929 = 24,8 „	— 39 „
1930 = 25,0 „	— 39 „
1931 = 23,3 „	— 36 „

1934 betrug die Gesamtzahl der versicherten Personen — wie schon erwähnt — ungefähr 24 Millionen. Dass die Gesamtzahl der Versicherten nach dem Weltkriege gesunken ist, erklärt sich aus der Abtrennung verschiedener Gebietsteile von Deutschland.

b) Die Fonds der deutschen Sozialversicherung.

Was die Einnahmen, Ausgaben und das Vermögen der gesamten deutschen Sozialversicherung anbetrifft, gibt die Statistik folgende Zahlen für das Jahr 1934 an: [1])

	Einnahmen (in Mill. RM)	Ausgaben (in Mill. RM)	Vermögen (in Mill. RM)
1. Krankenversicherung . .	1.128	1.141	819
2. Unfallversicherung . . .	356	317	330
3. Invalidenversicherung . .	961	776	1.414
4. Angestelltenversicherung	457	263	2.444
5. Knappschaftsversicherung	224	202	151
6. Arbeitslosenversicherung	1.531	1.359	—
	4.657	4.058	5.158

Die Gesamteinnahmen der deutschen Sozialversicherung erreicht also im Jahre 1934 die ungeheure Summe von 4.657 Millionen RM; demgegenüber betragen die Ausgaben 4.058 Millionen RM. Nach den Statistischen Angaben waren die Gesamteinnahmen und Ausgaben der deutschen Sozialversicherung im Jahre 1930 noch viel grösser. Die Ausgaben allein betrugen 6.179,7 Millionen RM [2]).

---

1) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, a. a. O. S. 477—478.

2) Deutsche Wirtschaftskunde: a. a. O. S. 353.

2. Grossbritannien und Nord-Irland [1]).

Für Grossbritannien und Nord-Irland entnehmen wir den Angaben des Internationalen Arbeitsamts für das Jahr 1931 die folgenden Zahlen über die Gesamtbevölkerung und die Gesamtzahl der erwerbstätigen Personen:

	Gesamtbevölkerung	Erwerbstätige Personen
Grossbritannien	44.795.357	21.054.686
Nord-Irland	1.256.561	570.706

Grossbritannien und Nord-Irland haben keine obligatorische Unfallversicherung, wohl aber eine Unfallentschädigungspflicht; deshalb ist in diesem Zweig die Zahl der versicherten Personen nicht genau berechnet, sondern nur geschätzt.

Die Anzahl der versicherten Personen für das Jahr 1933 war in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen folgende:

1. Unfallentschädigungspflicht . . ung.	17.000.000	Versicherte
2. Krankenversicherung	17.707.000	„
3. Witwen-, Waisen- und Altersrentenversicherung	19.178.000	„
4. Arbeitslosenversicherung . . .	12.653.000	„

Hinsichtlich der Fonds der Sozialversicherung in Grossbritannien entnehmen wir der Statistik folgende Zahlen:

	Gesamtausgaben (Pfund sterrling)	Gesamteinnahmen (Pfund sterrling)
1. Krankenversicherung . . .	38.796.000	38.304.000
2. Witwen-, Waisen- und Altersrentenversicherung .	36.639.000	43.053.000
3. Arbeitslosenversicherung .	61.460.000	61.460.000
	136.895.000	142.817.000

Es ist erstaunlich, dass in Grossbritannien allein in diesen drei Sozialversicherungszweigen die jährlichen Gesamteinnahmen und

1) Internationales Arbeitsamt: Les services sociaux en 1933. Vol. I. Genf 1936. Reihe M. Nr. 13. S. 414—427.

Gesamtausgaben die ungeheuren Summen von 136.895.000 Pf. St. bezw. 142.817.000 Pf. St. erreichen.

Dazu kommt noch die Staatsbürgerversorgung in Grossbritannien und Nord-Irland mit einer nicht weniger bedeutenden Summe von 41.703.000 Pf. St. [1]).

Bezüglich der Unfallentschädigungspflicht werden die jährlichen Gesamtausgaben auf ungefähr 10.000.000 Pf. St. geschätzt.

3. Frankreich [2]).

Die Gesamtbevölkerung Frankreichs belief sich im Jahre 1931 auf 41 228.466 Personen; davon waren 21.611.835 erwerbstätige Personen.

Frankreich hat ebenfalls keine Unfallversicherung, sondern nur eine Unfallentschädigungspflicht. Diese umfasste im Jahre 1932 ungefähr 10.309.000 versicherte Personen, und weist für dieses Jahr folgende Einnahmen und Ausgaben aus:

Gesamteinnahmen — 1.779.557.893 fr. Francs.

Gesamtausgaben — 1.690.807.556 fr. Francs.

Die allgemeine einheitliche Sozialversicherungseinrichtung für Krankheit, Mutterschaft, Invalidität, Alter und Tod umfasste im Jahre 1933 — 8.914.880 versicherte Personen, von denen 7.982.880 in Handel und Gewerbe und 932.000 in der Landwirtschaft beschäftigt waren.

Die Gesamteinnahmen dieser einheitlichen Versicherungseinrichtung betrugen 3.807.181.119 fr. Francs und die Gesamtausgaben 1.691. 306.365 fr. Francs.

Abgesehen von den in der oben erwähnten einheitlichen Sozialversicherungseinrichtung erfassten Personen gab es im Jahre 1933 in Frankreich noch folgende Versicherte:

in Elsass-Lothringen	ung. 1.078.143
bei der Sozialversicherung der Bergarbeiter	280.000
bei der Sozialversicherung der Seeleute	195.671
bei der Sozialversicherung der bei der Eisenbahn beschäftigten Personen	450.000
bei der Sozialversicherung der beim Staate beschäftigten Personen	94.000

1) Internationales Arbeitsamt: Les services sociaux en 1933. a. a. O. S. 433.

2) Ebenda, S. 321—380.

4. Die Vereinigten Staaten von Amerika.

Die Gesamtbevölkerung zählte im Jahre 1930 = 122.775.046 Personen; davon waren 48.829.920 erwerbstätige Personen [1]).

Die Unfallentschädigungspflicht erfasste im Jahre 1933 ungefähr 20 Millionen versicherte Personen; die Gesamtausgaben betrugen ungefähr 312 Millionen Dollars [2]).

Im August 1935 haben die Vereinigten Staaten ein Gesetz über die obligatorische Altersversicherung eingeführt. Das Gesetz wird aber erst am 1. Januar 1937 in Kraft treten und wird mehr als 25 Millionen Versicherte umfassen [3]).

5. Sowjetrussland (U. d. S. S. R.) [4]).

Die Gesamtbevölkerung umfasste im Jahre 1933 = 165.748.400 Personen; davon waren 22.301.200 Arbeiter und Angestellte.

Die Zahl der versicherten Personen bei der allgemeinen einheitlichen Sozialversicherungseinrichtung belief sich im Jahre 1933 auf 22.156.500.

Die Gesamteinnahmen betrugen . 4.799,8 Millionen Roubles
Die Gesamtausgaben „ . 4.803,5 „ „

6. Italien [5]).

Die Zahl der Gesamtbevölkerung betrug im Jahre 1931 = 41.651.617 Personen. Davon waren 17.442.399 erwerbstätige Personen.

Die Gesamtzahl der versicherten Personen verteilt sich im Jahre 1933 wie folgt:

---

1) Internationales Arbeitsamt: Les services sociaux en 1933. a. a. O. S. 248.

2) Ebenda. S. 260.

3) Internationales Arbeitsamt: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales. a. a. O. S. 5 und 196.

4) I. A. A.: Les services sociaux en 1933, a. a. O., S. 680—694.

5) Ebenda, S. 511—548.

1. bei der Unfallversicherung	ung 10.000.000
davon in Handel und Gewerbe	2.500.000
in der Landwirtschaft	7.500.000
2. in der Krankenversicherung (insgesamt)[1] . .	1.796.027
3. in der Mutterschaftsversicherung	840.00
4. in der Tuberkulosenversicherung	6.250.000
5. in der Invaliditäts-, Alters-und Todes-Versicherung	6.195.000
6. in der Arbeitslosenversicherung	5.000.000

Die Gesamtausgaben betrugen im Jahre 1933:

1. in der Unfallversicherung[2]	345.556.000 Lire
2. in der Krankenversicherung (insgesamt)	153.581.400 „
3. in der Mutterschaftsversicherung . .	7.529.000 „
4. in der Tuberkulosenversicherung . .	150.930.000 „
5. in der Invaliditäts-, Alters-und Todes-Versicherung	683.705.000 „
6. in der Arbeitslosenversicherung . . .	160.607.000 „
insgesamt . . .	1.501.908.400 Lire

7. Schweden[3]).

In Schweden betrug die Zahl der Gesamtbevölkerung im Jahre 1933 ungefähr 6.211.566 Personen, von denen 3.150.000 erwerbstätig waren.

Die schwedische obligatorische Volksversicherung für Invalidität und Alter umfasste im Jahre 1933 = 3.930.000 versicherte Personen, also mehr als die Hälfte der Gesamtbevölkerung (!).

Die Ausgaben der obligatorischen Volksversicherung betrugen im Jahre 1934 = 57.695.940 schwedische Kronen.

Schweden hat auch eine obligatorische Unfallversicherung, die ihrerseits 1.576.262 versicherte Personen erfasst.

---

1) Ausschliesslich der in der Landwirtschaft Beschäftigten, weil sie statistisch nicht erfasst werden: diese Einschränkung gilt auch für die entsprechenden Angaben in den Gesamtausgaben.

2) davon: in Handel und Gewerbe = 266.832.000 Lire
in der Landwirtschaft = 78.724.000 „
345.556.000 „

3) I. A. A.: Les services sociaux, a. a. O., S. 648—659.

8. Rumänien.

Die Zahl der Gesamtbevölkerung beläuft sich auf ungefähr 18.000.000 Personen.

Das einheitliche rumänische Sozialversicherungssystem für Krankheit, Mutterschaft, Unfälle, Berufskrankheiten, Invalidität, Alter und Tod umfasste im Jahre 1934 ungefähr 1 Million Versicherte [1]).

Die Gesamteinnahmen des rumänischen Einheitssystems betrugen im Jahre 1936 = 938.817.000 Lei und die Gesamtausgaben 907.559.338 Lei [2]).

Für die nachfolgenden Länder werden statistische Angaben lediglich hinsichtlich der Zahl der versicherten Personen gemacht.

9. Belgien [3]).

Im Jahre 1933 gab es bei der:

a) Unfallentschädigungspflicht . . .	2.200.000	versicherte Personen
b) Invaliditäts-, Alters- und Todes-Versicherung der Arbeiter . . .	1.772.760	„
c) Invaliditäts-, Alters- und Todes-Versicherung der Angestellten .	235.000	„
d) Invaliditäts-, Alters- und Todes-Versicherung der Bergarbeiter .	180.645	„
e) und der Seeleute	2.953	„

10. Bulgarien [4]).

Im Jahre 1934 umfasste das bulgarische einheitliche Sozialversicherungssystem betreffend Unfälle, Berufskrankheiten, Krankheit, Mutterschaft, Invalidität und Alter = 251.268 versicherte Personen, und die Arbeitslosenversicherung im Jahre 1933 = 206.358 Versicherte.

---

1) D. R. Ioanițescu: Curs de politică socială. București 1934. S. 226.

2) Casa Centrală a asigurărilor sociale: Bugetele de venituri și cheltueli ale asigurărilor sociale pe intervalul 1 Aprilie 1936 — 31 Martie 1937. București. S. III u. V.

3) Siehe Internationales Arbeitsamt: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales. a. a. O. S. 199, 219, 220.

4) I. A. A.: Les services sociaux en 1933, a. a. O., S. 171—176.

11. Chili [1]).

Die Zahl der versicherten Personen betrug im Jahre 1933 bei der einheitlichen Sozialversicherung für

Krankheit — Invalidität — Alter 500.000
Unfallentschädigungspflicht . . . . . 156.611.

12. Dänemark [2]).

Die Zahl der versicherten Personen betrug im Jahre 1933 bei der:

Unfallversicherung 576.400
Obligatorischen Volksversicherung für den Fall der Invalidität . . . . . 1.830.596.

Die freiwillige Krankenversicherung und die Staatsbürgerversorgung hinsichtlich der Altersrenten haben fast den gleichen Umfang wie die obligatorische Volksversicherung.

13. Finnland [3]).

Im Jahre 1931 umfasste die obligatorische Unfallversicherung = 501.456 Versicherte.

14. Indien [4]).

Im Jahre 1933 erfasste die Unfallentschädigungspflicht ungefähr 6 Millionen versicherte Personen.

15. Der Irische Freistaat [5]).

Im Jahre 1933 gab es bei der:

Kranken-, und Invalidenversicherung 473.766 Versicherte Personen
Arbeitslosenversicherung . . . . . 359.516 „

---

1) I. A. A.: Les services sociaux en 1933, a. a. O., S. 230—232.
2) Internationales Arbeitsamt: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 203, 221.
3) Ebenda. S. 204.
4) I. A. A.: Les services sociaux en 1933, a. a. O., S. 470.
5) Ebenda. S. 487—488.

16. Japan [1]).

Im Jahre 1933 erfasste die Unfallentschädigungspflicht . . . . . 4.000.000 Versicherte Personen
Im Jahre 1935 erfasste die Krankenversicherung . . . . . 2.667.000 „

17. Jugoslawien [2]).

Im Jahre 1934 umfasste:
die einheitliche Unfall- und Krankenversicherung . . . . . 680.000 Versicherte
die Invaliditäts- Alters- und Todesversicherung der Bergarbeiter . . . . 45.000 „
die Invaliditäts- Alters- und Todesversicherung der Angestellten . . . . 10.000 „

18. Niederlande [3]).

Im Jahre 1933 umfasste die Unfallversicherung:
in Handel und Gewerbe . . . . . 1.182.873 Versicherte
in der Landwirtschaft . . . . . 170.750 „

Die Invaliditäts-, Alters- und Todesversicherung:
in Handel, Gewerbe und Landwirtschaft 3.050.000 „
der Bergarbeiter . . . . . 32.092 „

19. Norwegen [4]).

1931 erfasste die allgemeine Unfallversicherung der Arbeitnehmer . . . . . 169.335 Versicherte.

1932 erfasste die Unfallversicherung der Seeleute und ähnlicher Personen . . . . . 132.669 Versicherte.

1933 erfasste die Krankenversicherung . . 568.209 Versicherte.

---

1) Internationales Arbeitsamt: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O. S. 207, 215.
2) Ebenda. S. 211, 217, 228.
3) Ebenda. S. 209, 224, 225.
4) Ebenda. S. 208, 216.

20. Österreich [1]).

In der Unfallversicherung gab es:

1934 in Handel un Gewerbe	593.000	Versicherte
1933 in der Landwirtschaft	700.000	„

In der Krankenversicherung:

1934 in Handel und Gewerbe . . .	987.000	„
1933 in der Landwirtschaft	275.000	„

In der Invaliditäts-, Alters- und Todes-Versicherung:

1933 bei den Bergarbeitern	13.000	Versicherte
1934 bei den Angestellten	198.000	„
1934 bei den Arbeitern in Handel und Gewerbe	600.000	„
1933 bei den landwirtschaftlichen Arbeitern	280.000	„

21. Polen [2]).

Im Jahre 1934 betrug die Zahl der versicherten Personen bei der:

Unfallversicherung	3.300.000
Krankenversicherung	1.600.000
Invaliditäts-, Alters- und Todes-Versicherung:	
der Arbeitnehmer	1.230.000
der Angestellten	270.000

22. Spanien [3]).

1933 gab es in der Mutterschaftsversicherung = 591.000 Versicherte.

23. Tschechoslowakei [4]).

Im Jahre 1934 betrug die Zahl der versicherten Personen bei der:

Unfallversicherung	1.800.000
Krankenversicherung	2.900.000

1) I. A. A.: L'organisation internationale du travail et les assurances sociales, a. a. O., S. 199, 212, 219.
2) Ebenda. S. 209, 216, 225.
3) Ebenda. S. 213.
4) Ebenda. S. 210, 217, 226.

Invaliditäts-, Alters- und Todes-Versicherung:

der Bergarbeiter	100.000
der Angestellte	300.000
der Arbeiter	1.700.000

24. **Ungarn** [1]).

Im Jahre 1933 betrug die Zahl der Versicherten in der:

Unfallversicherung:	
in Handel und Gewerbe	780.000
in der Landwirtschaft	620.000
Krankenversicherung:	870.000
Invaliditäts-, Alters- und Todes-Versicherung	560.000

§ 2. Die soziale Bedeutung der Sozialversicherung.

I. Die Bedeutung der Sozialversicherung für die Arbeiterschaft.

Da fast in allen Ländern die Versicherten sich zum grössten Teil aus den Arbeitermassen zusammensetzen, erscheint es gerechtfertigt, in den folgenden Ausführungen in erster Linie die Bedeutung der Sozialversicherungseinrichtungen im Hinblick auf die Arbeiterschaft zu würdigen.

Die Sozialversicherung hat offensichtlich den arbeitenden Massen selbst die meisten und grössten Vorteile gebracht. Dies entspricht voll und ganz der Zwecksetzung der Sozialversicherungseinrichtungen, nämlich der Existenzsicherung der Versicherten, d. h. der arbeitenden Masse, gegen die zukünftigen Arbeits- und Lebensgefahren. Die Wohltaten der Sozialversicherung kommen aber nicht nur den Versicherten selbst, sondern in den meisten Fällen auch ihren Familienangehörigen zugute. Auf Grund dieser Tatsachen kann man wohl behaupten, dass die Sozialversicherungseinrichtungen die Arbeiter und ihre Familien der drückenden Sorge um den ungewissen kommenden Tag enthoben haben.

Die ungeheure Bedeutung dieser Tatsache kann man erst er-

1) Ebenda. S. 205, 214, 223.

messen, wenn man bedenkt, dass gerade die Arbeitnehmerschaft diejenige soziale Klasse ist, die den Schutz der Sozialversicherung am meisten braucht, weil sie einerseits den meisten und grössten Gefahren ausgesetzt ist, und andererseits, weil ihr einziges Kapital in ihrer Arbeitskraft liegt[1]).

Wegen dieses Schutzbedürfnisses der Arbeitermassen durch die Sozialversicherung erscheint die Einführung dieses sozialen Hilfswerks wie das Aufkommen einer wohltätigen Sonne für die Arbeitermassen. Die Sozialversicherung bedeutet für sie die Sicherung ihrer Existenz und die ihrer Familien, gegen die Unsicherheit der Zukunft. Diese Sicherung des morgigen Tages ist somit als der grösste Vorteil anzusehen, den die Arbeitermassen von der Sozialversicherung haben können; er ist auch grösser als alle anderen Vorteile, die die Sozialversicherung mit sich bringt.

Die Sicherung der arbeitenden Massen gegen die Gefahren der Zukunft ist auch insofern von höchster Bedeutung für sie, weil sie erheblich zur Steigerung der Arbeitslust und des Arbeitswillens und damit zur Hebung der Leistungsfähigkeit und des Wohlstandes der Arbeiterschaft beiträgt.

Innerhalb des Kreises der arbeitenden Massen selbst haben die am schlechtesten bezahlten Schichten das stärkere Interesse an der obligatorischen Sozialversicherung und ihren Wohltaten, denn die besser bezahlten Schichten haben im allgemeinen viel eher die Möglichkeit, sich selbst verschiedene Selbsthilfeeinrichtungen aufzubauen[2]).

Was die Gewährung der Leistungen der Sozialversicherung

---

1) Vergl. auch G. Albrecht: Grundfragen der Sozialversicherung. Berlin 1929. S. 13: „Kein Mensch kann die besonderen Bedürfnisse der Arbeiterschaft nach einem solchen Existenzschutz leugnen. Schon ein kurzer Verdienstausfall infolge Krankheit kann den Minderbemittelten vielfach vor eine überaus bedenkliche Situation stellen: mehr als andere Schichten ist die Arbeiterschaft — wenigstens in manchen Berufszweigen — der Gefahr ausgesetzt, durch Unfall körperlich geschädigt zu werden oder gar das Leben einzubüssen; auch Verdienstminderung oder gar völliger -ausfall infolge Invalidität und Alter droht dem Arbeiter vielfach früher und nachhaltiger als anderen Berufsschichten".

2) Vergl. Manes: Versicherungswesen. III. Bd. Leipzig und Berlin 1932. S. 213.

anbetrifft, so haben die Versicherten feste Rechtsansprüche und klagbare Ansprüche auf Entschädigung beim Eintreten der Versicherungsfälle. Diese festen Rechtsansprüche sind ebenfalls als ein grosser Vorteil für die arbeitenden Massen anzusehen, weil die Arbeiterschaft nunmehr in Notfällen nicht mehr der erniedrigenden Bettelei ausgesetzt ist und weil sie dementsprechend nicht mehr auf die Barmherzigkeit anderer angewiesen ist.

Die festen Rechtsansprüche erfüllen also das heisse Sehnen der modernen Arbeitnehmer nach Rechten und fördert ihre sittlichen und geistigen Interessen[1]). Dies alles aber wird nur eine Steigerung ihres Ehrgefühls und ihres Selbstbewusstseins zur Folge haben.

Die Sozialversicherung verbessert aber nicht nur die rechtliche Stellung der Arbeitnehmer im öffentlichen Leben, sondern ganz allgemein ihre soziale Stellung. So schrieb van der Borght schon am Anfang der Sozialversicherung: „Die Arbeiter sind dadurch als eine Gesellschaftsklasse anerkannt worden. der für das öffentliche Leben keine geringere Bedeutung als anderen Schichten, insbesondere auch keine geringere. als den Unternehmern beizumessen ist"[2]).

Aber nicht nur die rechtliche und die soziale Stellung. sondern auch die materielle Lage der arbeitenden Massen wird durch die Einführung der Sozialversicherung erheblich verbessert. Man denke nur an die vielen Milliarden Marks, die von den verschiedenen Sozialversicherungseinrichtungen in Gestalt von Leistungen ausgezahlt werden, zu denen die Versicherten nicht mehr als die Hälfte beigetragen haben[3]).

Wie schon früher erwähnt, betrugen allein in Deutschland die

---

1) Vergl. Herkner: Die Arbeiterfrage. 8. Aufl. 1. Bd. Berlin und Leipzig 1922. S. 391 und Manes: Sozialversicherung. W. d. V., 4. Aufl. Jena 1933. 3. Bd. S. 375.

2) R. van der Borght: Die soziale Bedeutung der deutschen Arbeiterversicherung. Festgabe für J. Conrad. Jena 1898. S. 221.

3) Vergl. Manes: W. d. V., a. a. O., S. 375 und R. van der Borght: a. a. O. S. 186—189.

Gesamtausgaben aller Sozialversicherungszweige 4.058 Millionen RM im Jahre 1934 und sogar 6.179.7 Millionen RM im Jahre 1930 [1]).

Diese grossen Aufwendungen der Sozialversicherungen sollten also eine Steigerung des Arbeitereinkommens angesehen werden, weil sie alle zugunsten der Existenzsicherung der arbeitenden Massen und ihrer Familien ausgegeben werden [2]). Dabei ist zu berücksichtigen, dass trotzdem kein Absinken der Geldlöhne eingetreten ist. So kommt Moldenhauer zu der Schlussfolgerung, „dass eine weitere Ausdehnung der Sozialversicherung genau so wirkt, wie eine Lohnerhöhung" [3]).

Die verbesserte materielle Lage der arbeitenden Massen und ihre festen Rechtsansprüche auf die Sozialversicherungsleistungen bringen es mit sich, dass die Arbeiterschaft die Aufrechterhaltung einer gewissen Lohnhöhe behaupten kann. Es ist selbstverständlich, dass, wenn die Arbeitnehmer die erniedrigende Stellung der Bettelei nicht mehr zu fürchten haben, auf höhere Löhne halten und im allgemeinen schlecht bezahlte Arbeit nicht annehmen werden.

Ein anderer grosser Nutzen, den die Arbeitermassen aus der Sozialversicherung ziehen, ist die bedeutende Verbesserung ihrer Gesundheit. Im einzelnen wird auf dieses Problem erst weiter unten (S. 356 ff.) eingegangen werden. Hier soll nur ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die Gesundheit und die Arbeitskraft der arbeitenden Massen durch die Sozialversicherung erheblich gefördert und gesteigert werden.

Die Sozialversicherung kann in gewissem Sinne auch eine Rationalisierung des Arbeiterhaushaltes bewirken, insoweit sie insbesondere für die unteren Arbeitnehmerschichten „eine starke psychologische Stütze bedeutet und zur Festigung ihres moralischen Willens und zur Erweckung ihrer Kulturbedürfnisse unendlich viel beiträgt"; infolgedessen „bekommt der Arbeitnehmerhaushalt durch die Sozialversicherung eine Gleichmässigkeit und Stetigkeit, die vor allem die Frauen der Arbeitnehmer zu schätzen wissen" [4]).

---

1) Vergl. S. 336 in dieser Arbeit.
2) Vergl. Manes: W. d. V., a. a. O., S. 375.
3) Moldenhauer: Sozialversicherung. H. d. St., 4. Aufl., Jena 1929. Ergänzungsband. S. 839.
4) Manes: Versicherungswesen., III. Bd., a. a. O. S. 214.

Von sehr grosser Bedeutung und in engverbundenem Zusammenhang mit dem eben gesagten steht auch die Förderung und Finanzierung des Arbeiterwohnungsbaus durch die Sozialversicherung. Welche erhebliche Summen in Deutschland von den Trägern der Invaliden- und Angestelltenversicherungen für diesen Zweck bereitgestellt wurden, ist darauf schon an anderer Stelle mit Nachdruck hingewiesen worden. Die Invalidenversicherung hat eine halbe und die Angestelltenversicherung eine Viertel Milliarde RM zur Verfügung gestellt [1]). Ein weiterer Vorteil für die Arbeitnehmer liegt in der Beteiligung der Versicherten an der Selbstverwaltung der Versicherungsanstalten und an der Rechtssprechung der Sozialversicherung. Der besondere Wert liegt dabei auf sozial-pädagogischem Gebiet.

Schliesslich ist es für die Arbeiterschaft von sehr grosser Bedeutung, dass die Sozialversicherung die einzige Einrichtung, und die eine erfolgreiche und restlose Deckung der Invaliditäts- und Altersrenten durchführen kann. Dagegen haben sich die auf dem Gegenseitigkeitsprinzip beruhenden Hilfsvereine der Arbeitnehmer stets als unfähig erwiesen, Risiken von langer Dauer, wie die der Invalidität und des Alters zu decken. Diese Hilfsvereine können im allgemeinen nur Risiken von kurzer Dauer, so wie Krankheiten oder vorübergehende Arbeitslosigkeit überbrücken, denn die Deckung der Invaliditäts- und Altersrenten erfordert ungeheure Summen. Deswegen können sie nur durch die Sozialversicherung befriedigend verwirklicht werden, weil diese eine Vielzahl von Personen umfasst und dementsprechend grosse Kapitalien für die Zukunft ansammeln kann [2]).

---

1) Vergl. auch S. 331 in dieser Arbeit.

2) Internationales Arbeitsamt: Les problèmes généraux de l'assurance sociale. Genf 1925, S. VII.

Siehe auch Schmoller. Die soziale Frage. München und Leipzig 1918. S. 386: „Das Problem der Unfall-, Alters- und Invaliditätsversicherung ist unendlich schwieriger, sie setzt grössere, feste Körperschaften voraus als es die Orden und Gewerbevereine im ganzen sind".

Und Paul Pic: Traité élémentaire de legislation industrielle. Paris 1933. S. 1016: „dans les années qui précédèrent le vote de la loi française de 1910, les chefs les plus autorisés du mutualisme, MM. Siegfried, Mabilleau, P. Deschanel, etc., avaient cru devoir se rallier, sous certaines réserves, au principe de l'obligation, reconnaissant ainsi l'impuissance de la mutualité libre à solutionner le problème de l'assurance-invalidite".

Alle diese Vorteile gewinnen zwangsläufig immer mehr das Interesse der Arbeiterschaft an der Sozialversicherung, welche gleichezitig den gesunden Grundsatz der Solidarität bei den Arbeitermassen erheblich fördert. Die Arbeitnehmer fühlen sich mehr und mehr solidarisch mit ihren Arbeitgebern, mit der heutigen Gestaltung der Gesellschaft, und schliesslich insbesondere mit dem Staat. Dagegen werden die umstürzenden Strömungen in der Arbeiterschaft immer mehr versiegen, weil die Arbeitnehmer sich zufrieden fühlen, weil ihre und ihrer Familien Existenz für die Zukunft gesichert ist. Infolgedessen wird die Solidarität eine fast vollkommene sein.

Obwohl in den früheren Zeiten im allgemeinen die Organisationen der Arbeitnehmer nicht immer mit der Einführung der Sozialversicherung einverstanden waren, kämpfen fast alle Arbeiter der Welt heutigen Tages mit aller Kraft für diese Wohltätige Einrichtung [1]).

II. Die Bedeutung der Sozialversicherung für die Familie.

Die Sozialversicherung bringt aber nicht nur den Arbeitnehmern allein grosse Vorteile, sondern auch ihren Familien.

Die Sozialversicherung fördert sehr erheblich das Familienleben und den Familiengeist, insbesondere dadurch, dass sie ihre Leistungen mehr und mehr auf die Familienangehörigen der Versicherten ausdehnt [2]).

Die Vorteile, die die Sozialversicherung der Familie bringt,

---

1) Fast überall tritt jetzt die öffentliche Meinung und alle Arbeiter für die Einführung der obligatorischen Sozialversicherung, wo es diese nicht gibt, oder für ihre Verbesserung, wo sie besteht, ein. Daher stellte das Internationale Arbeitsamt in Genf im Jahre 1933 (L'année Sociale. 1933 S. 187—188) für Canada fest: „L'évolution de l'opinion canadienne en faveur de l'obligation d'assurance paraît en tout cas très nette: elle est, au reste, constatée dans le rapport de la commission de Quebec et, cette année le quarante-neuvième Congrès syndical ouvrier canadien a vivement insisté sur la nécessité d'établir dans le plus bref délai une l'égislation d'assurance obligatoire couvrant la maladie et l'invalidité".

2) Vergl. im einzelnen. „Von der Familie abgeleitete Kritiken". S 280—283 dieser Arbeit.

hat Friedrich Zahn in dem Abschnitt „Familie und Versicherung" treffend dargestellt [1]).

Unter den Vorteilen, die die Familie von der Sozialversicherung hat, sind die folgenden besonders zu erwähnen:

a) Zunächst ist hier die Abstufung der Geldleistungen nach dem Familienstande der Versicherten zu erwähnen, die immer häufiger Anwendung findet. Sie besteht in der Krankenversicherung, wo das Krankengeld bis zu einer bestimmten Höchstgrenze des Grundlohnes für Verheiratete abgestuft ist. Sie besteht ferner in den Rentenversicherungen, indem bei den Renten noch Zuschüsse für die Kinder gewährt werden. Schliesslich hat auch die Arbeitslosenversicherung das Prinzip der Abstufung der Leistungen in Form von Zuschlägen für sämtliche Familienangehörige übernommen [2]).

b) Dann kommt die Familienhilfe im engeren Sinne in Betracht. Darunter sind die Unterstützungen zu verstehen, die den Familienangehörigen in den Fällen gewährt werden, in welchen eine Zahlung von Geldleistungen unmittelbar an den Versicherten aus irgendwelchen Gründen (Tod, Anstaltspflege, usw.) nicht in Betracht kommt. Hierher gehören die Hausgelder, Sterbegelder und die einmaligen Bezüge oder die dauernden Renten, die den Hinterbliebenen nach dem Tode des Versicherten gewährt werden [3]).

c) Als familienpolitische Massnahme ist auch der Schutz der Mutterschaft (die Mutterschaftsfürsorge) anzusehen, die innerhalb der Sozialversicherung eine nicht unbedeutende Rolle spielt. Ihre besondere Bedeutung liegt darin, dass sie sich nicht nur für die gegenwärtige, sondern auch für die zukünftige Familie sorgt [4]).

d) Von höchster Bedeutung für die Gesundheit der ganzen Familie ist die heutige Ausdehnung der Krankenhilfe

---

1) Fr. Zahn: Familie und Versicherung. Festgabe für A. Manes. Berlin 1927. S. 65—97.

2) Diesbezüglich siehe bei Fr. Zahn: Familie und Versicherung. a. a. O. S. 78—82.

3) Siehe Fr. Zahn: a. a. O. S. 82—87.

4) „ Fr. Zahn: a. a. O. S. 87—89.

auch auf die versicherungsfreien Familienangehörigen der Versicherten [1]).

e) Sehr wichtig für die Gesundheit der Versicherungsangehörigen sind auch die Massnahmen der Sozialversicherungsträger betreffend das Heilverfahren und die soziale Hygiene, die nicht nur dem Versicherten, sondern auch ihren Angehörigen zugute kommen. Hier sind die Invalidenhaus- und Waisenhauspflege zu erwähnen, die den Familienangehörigen seitens der Versicherungsträger gewährt werden [2]).

f) Schliesslich darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass gegenwärtig wohl die Leistungen aber nicht die Beiträge nach dem Familienstande abgestuft werden. Das bedeutet, dass die verheirateten Versicherten gewisse Vorteile auch auf Kosten der Ledigen und Jugendlichen haben [3]).

Infolge der vielfachen und grossen Vorteile, die die Familie von der Sozialversicherung hat, kennzeichnet F. Zahn die familienpolitische Bedeutung der Sozialversicherung mit folgenden Worten: „Kann schon das einzelne Individuum nicht der wirtschaftlichen Sicherung entbehren, so noch viel weniger die Familie. Leidet die Familie, so leidet das ganze Volk, und geht die Familie zugrunde, so verdirbt mit ihr Rasse und Volk. Die Versicherung, gleichviel ob Sozialversicherung oder Privatversicherung, bezweckt somit durch Ausschaltung der Macht des Zufalls die Stabilisierung unseres Daseins, schafft damit die gesunde wirtschaftliche Basis für das Gedeihen der Familie und gibt diesen dadurch die Möglichkeit zur Erfüllung ihrer Funktionen, insbesondere der quantitativen und qualitativen Erneuerung von Geschlecht und Volk" [4]).

III. Die Bedeutung der Sozialversicherung für die Arbeitgeberschaft.

Dass die Sozialversicherung auch den Arbeitgebern un-

1) Siehe Fr. Zahn: a. a. O. S. 89—91.
2) „ Fr. Zahn: a. a. O. S. 91—93.
3) Fr. Zahn: a. a. O. S. 93.
4) Fr. Zahn: a. a. O. S. 70—71.

schätzbare ideelle und materielle Vorteile bietet, wurde schon an anderer Stelle in dieser Arbeit angeführt [1]).

Vor allem steht der Arbeitgeberschaft auf dieser Basis eine körperlich und geistig leistungsfähige, arbeitsfreudige, konsumkräftige und zugleich sozial gehobene Arbeiterschaft gegenüber [2]). Diese Tatsache allein bedeutet für die Arbeitgeber schon ein grosser Gewinn.

Die versicherten Arbeitnehmer werden nicht mehr die gefährlichen Arbeiten vermeiden. Der Arbeitswille und die Arbeitsfreudigkeit der Arbeitnehmerschaft sind bedeutend gehoben, weil alle Arbeiten durch die Sozialversicherung gegen die künftigen Arbeits- und Lebensgefahren gesichert sind. Beruhigt über die Zukunit werden sie gewiss einen qualitativ und quantitativ höheren Arbeitsertrag erreichen als zuvor, der in erster Linie dem Arbeitgeber zugute kommt.

Für die Arbeitgeberschaft war die Sozialversicherung auch insofern vom Vorteil, als sie eine gewisse Abschwächung des Klassenkampfes bewirkte. Auch in Krisenzeiten braucht sich der Arbeitgeber nicht mehr so grosse Sorgen wegen einer möglichen Beunruhigung der Arbeitnehmerschaft zu machen, weil zwischen den beiden Vertragsparteien die Sozialversicherung als Garant steht. Die Arbeitgeberschaft rückt in Krisenzeiten an die zweite Stelle. Allerdings leistet sie oftmals Zuschüsse, aber sie trägt nicht mehr ausschliesslich die ganze Verantwortung für ihre Arbeitnehmerschaft, sondern die Sorge um die Existenzsicherung der Arbeitnehmer obliegt in solchen Zeiten letzten Endes den Sozialversicherungseinrichtungen.

Die Sozialversicherung bedeutet aber auch eine finanzielle Entlastung für die Arbeitgeber, denn wenn die Sozialversicherung nicht vorhanden wäre, müssten sie der Arbeiterschaft wahrscheinlich höhere Löhne zahlen, um den Arbeitnehmer die Mitgliedschaft in einer Privatversicherung zu ermöglichen [3]). Auch

1) Siehe 10. Kapitel, § 2. bei der Belastung der Wirtschaft. S. 296 ff.

2) Vergl. Fr. Zahn: Belastung durch die deutsche Arbeiterversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 12. 1912. S. 1141.

3) Vergl. Moldenhauer: H. d. St., a a. O. S. 839.

die Ausgaben für die soziale Fürsorge würden bestimmt höher sein; und die hierfür notwendigen Mittel müssen mehr oder weniger auch wieder von der freien Wirtschaft, also von der Arbeitgeberschaft aufgebracht werden[1]). Schliesslich würden die Arbeitgeber für den Fall, dass keine Sozialversicherungen bestehen, verpflichtet sein, Beiträge an eine Haftpflichtversicherung oder an eine Individualversicherungsgesellschaft zu zahlen oder sogar eigene Versicherungseinrichtungen zu errichten. Alle diese verschiedenen Einrichtungen, die dann anstelle der Sozialversicherung bestehen würden, würden sicherlich viel kostspieliger arbeiten als die Sozialversicherung selbst.

Dass die Sozialversicherung immer billiger als eine Staatsfürsorge ist, wurde schon von Moldenhauer nachgewiesen[2]). Bezüglich der Haftpflichtversicherung stellte Manes fest, „dass in Ländern und Zeiten ohne Sozialversicherung der Arbeitgeber für diese Haftung ebenfalls erhebliche, ja bisweilen sogar grössere Beträge zu leisten hatte und noch leistet"[3]). Dasselbe gilt auch für die Versicherung der Arbeitnehmer in Individualversicherungsgesellschaften durch Kollektivversicherungsverträge, usw. In fast allen diesen Fällen sind die Sozialversicherungsbeiträge niedriger als die Aufwendungen für die anderen Einrichtungen, weil die Sozialversicherung besser organisiert ist, insbesondere aber weil neben den Arbeitgebern auch die Arbeitnehmer regelmässig zur Aufbringung der Mittel der Sozialversicherung beitragen.

Zudem sind die Arbeitgeber ebenso wie die Arbeitnehmer in

---

1) Vergl. Moldenhauer, HdSt., a. a. O., S. 839.

2) Siehe auch die Ausführungen im I. Abschnitt, S. 21, dieser Arbeit.

3) Um dies besser zu veranschaulichen, weist Manes (Versicherungswesen, III. Bd., a. a. O. S. 221) auf die Lage der Unternehmer der deutschen Grossindustrie vor der Einführung des Sozialversicherungssystems in Deutschland hin: „So waren beispielsweise die Unternehmer der deutschen Grossindustrie vor Einführung der Sozialversicherung durch Beiträge und Nachschüsse zur Haftpflichtversicherung, zur freiwilligen Kranken- und Invalidenversicherung und durch sonstige soziale Leistungen in beträchtlicher Gesamthöhe zu zusätzlichen Ausgaben genötigt, sodass sie die Sozialversicherung als eine willkommene Ablösung, Vergleichmässigung und Verallgemeinerung dieser Ausgaben im Konkurrenzkampf mit anderen, schlechten fundierten Betrieben ansahen". S. 211—212.

der Sozialversicherung an der Selbstverwaltung beteiligt durch ihre Vertretung in den Verwaltungs- und Rechtsprechungsorganen und haben dort die Möglichkeit, ihre Interessen den Arbeitnehmern gegenüber zu vertreten [1]). Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Sozialversicherung für die Arbeitgeberschaft eine sich finanziell günstig auswirkende praktische und preiswerte Ablösung der verschiedenen zivilrechtlichen und sozialen Verpflichtungen bewirkte, die insbesondere vor der Einführung des Sozialversicherungssystems vorhanden waren, als die Arbeitgeberschaft unter den Haftpflichtgesetzgebungen stand [2]).

Schliesslich darf man einer Würdigung der mannigfachen Vorteile der Sozialversicherung für die Arbeitgeberschaft, nicht die besondere Lage der mittleren und der Kleinunternehmer ausser Acht lassen, weil sie sich und ihre Angehörigen bei der Sozialversicherung selbst versichern können und somit in ähnlicher Weise wie ihre Arbeitnehmer die Wohltaten der Sozialversicherung geniessen [3]).

Auf Grund all dieser unschätzbaren ideellen und materiellen Vorteile, die sie von der Sozialversicherung haben, sind die Arbeitgeber in fast allen Ländern eifrige Befürworter für die Einführung der allgemeinen obligatorischen Sozialversicherung geworden [4]). Die Arbeitgeberschaft hat viel schneller als die Arbeitnehmerschaft die grossen Vorteile der Sozialversicherung erkannt, sodass sie in einigen Ländern mit der Einführung des Sozialversicherungssystems einverstanden war, während auf der anderen Seite die Organisationen der Arbeitnehmer auch am Anfang noch dagegen wehrten [4]). So haben beispielsweise in Deutschland in den Jahren 1883—1889 die Organisationen der Arbeitnehmer wegen der führenden Stellung der sozialdemokratischen Partei gegen die Sozialversicherung gekämpft. Dagegen war Bismarck in enger Verbindung mit dem Zentralverband Deutscher Industrieller, ein eifriger Befürworter der deutschen Sozialversicherung [5]). Aehnlich

1) Manes: Versicherungswesen. III. Bd., a. a. O., S. 208.
2) Manes: Ebenda. S. 211.
3) Vergl. Branchart: Zur Frage der Belastung der deutschen Industrie durch die Arbeiterversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 14. 1934. S. 477.
4) Vergl. Manes: Versicherungswesen. III. Bd. S. 202.
5) Manes: Ebenda. S. 207.

lagen die Verhältnisse in der jüngsten Zeit sowohl in Frankreich bei der Einführung des Sozialversicherungsgesetzes vom 30. April 1930 (1928) als auch in Rumänien bei der Einführung des neuen Einheitsgesetzes vom 8. April 1933. In beiden Fällen hat sich die Arbeitgeberschaft mit aller Kraft für das Zustandekommen der entsprechenden Gesetze eingesetzt.

IV. Die Bedeutung der Sozialversicherung für Volk und Staat.

Nicht nur für die Arbeitermassen und die Arbeitgeberschaft, sondern auch für die ganze Volksgemeinschaft und nicht zuletzt für den Staat selbst ist die Sozialversicherung von grossem Vorteil.

1. Förderung der allgemeinen Volksgesundheit.

Unter den grossen Vorteilen der Sozialversicherung für die Volksgemeinschaft ist in erster Linie auf die bedeutsame Förderung der Volksgesundheit hinzuweisen.

Überall wo die Sozialversicherung eingeführt wird, entsteht bald ein dichtes Netz Anstalten, die der Erhaltung oder Wiederherstellung der Volksgesundheit dienen. Man denke nur an die zahlreichen Krankenhäuser und Heilanstalten, die der Sozialversicherung gehören und in welchen Millionen von Versicherten untersucht werden; man denke an die ungeheuren Massen von Heil- und Arzneimitteln, die den Versicherten unentgeltlich zur Verfügung stehen; und schliesslich hat die ganze Tätigkeit der Krankenkassen und ihrer Aerzte kein anderes Ziel als die Förderung der Gesundheit der Versicherten und damit der ganzen Volksgemeinschaft.

Von grösster Bedeutung für die Förderung der Volksgesundheit sind dabei die grossen Fonds der Sozialversicherung. Nur auf Grund dieser Fonds könnten die Sozialversicherungen eine grosse Anzahl von Krankenhäusern, Heilanstalten und anderen ähnlichen Anstalten bauen, die zur Bekämpfung von Krankheiten aller Art dienen, die die Menschheit bedrohen. Somit stehen diese Anstalten im Dienste der Gefahrenverhütung für die ganze Volksgemeinschaft.

Besondere Erwähnung verdienen die grossen Lungen-Heilstätten, Genesungshäuser, mediko-mechanischen Institute und ähn-

liche Einrichtungen, die von den Sozialversicherungen in Deutschland, Italien, Frankreich, Rumänien, usw. errichtet wurden.

Paul Pic stellt fest, dass die Heilstätten für Lungenkranke in Deutschland, deren Erfolge den Gesundheitszustand der ganzen Bevölkerung augenscheinlich gehoben haben, insbesondere ein Verdienst der Sozialversicherung seien [1]).

Auch in Italien konnten die umfassenden Organisationen zu Tuberkulosebekämpfung nur mit Hilfe der grossen Fonds der Sozialversicherung geschaffen werden. Italien ist auf diesem Gebiet bereits so weit fortegeschritten, dass im Jahre 1927 durch die „Charta del Lavoro" (art. 27) sogar eine obligatorische Tuberkulosenversicherung eingeführt wurde [2]). Nach den Angaben in dem „Internationalen Jahrbuch der Sozialpolitik 1933" ist in Italien ein dichtes Netz von Heilstätten für Lungenkranke errichtet worden. Ende 1933 waren 31 solcher Heilstätten mit ungefähr 13.000 Betten im Bau [3]). Im folgenden Jahr gibt „das Internationale Jahrbuch der Sozialpolitik 1934-35" an, dass „zu den schon 1933 vollbetriebenen 10 Heilstätten der Tuberkuloseversicherung weitere 54 bereits vollendete oder doch im Bau befindliche Heilanstalten kamen" [4]).

Man kann daher ganz allgemein feststellen, dass die Sozialversicherung wesentlichen Anteil hat an der Bekämpfung der Volkskrankheiten und der Volksseuchen. Grieser bezeichnet die Versicherungsanstalten daher als „Träger von Zweck-

---

1) Paul Pic: Traité élémentaire de legislation industrielle., a. a. O. S. 1017. Diesbezüglich siehe auch: R. van der Borght. Die soziale Bedeutung der deutschen Arbeiterversicherung. a. a. O. S. 207—209 und Herkner: Die Arbeiterfrage. a. a. O. S. 390.

2) Siehe dazu die „Charta del Lavoro", die Verordnung vom 27. Okt. 1927 und das Gesetz vom 20. Mai 1928 betreffend die Tuberkuloseversicherung. Ferner bei Paul Pic. a. a. O. S. 1012.

3) Internationales Arbeitsamt: L'année sociale 1933. Genf 1934. S. 204.

4) I. A. A.: Internationales Jahrbuch der Sozialpolitik, 1934—1935. Genf 1935. S. 257: „Im Berichtsjahr wurde vor allem das Institut „Benito Mussolini" eine der grössten Errungenschaften der Tuberkuloseversicherung in Betrieb genommen".

verbänden zur Bekämpfung von Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Krebs, Alkoholismus usw." [1]).

Überdies kommt diese Förderung der Volksgesundheit seitens der Sozialversicherung jeweils nicht nur der gegenwärtigen Generation, sondern auch den künftigen Generationen zugute [2]).

2. Verminderung der Arbeitsunfälle, der Krankheits- und Invaliditätsfälle. — Schadenverhütung [3])

Die Gefahr der Arbeitsunfälle und der Invalidität ist durch die schadenverhütenden Massnahmen der Sozialversicherung erheblich vermindert worden. Die Versicherungsan-

---

1) A. Grieser: Die gegenwärtigen Probleme der Sozialversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 26. 1926. S. 142. Auch Manes: (Versicherungswesen. Bd. III. a. a. O. S. 205) stellt fest, dass die Sozialversicherung „zunächst einmal eine überaus wichtige Organisationsgrundlage bei der Bekämpfung der Volkskrankheiten, als vor allem der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten ist".

2) Vergl. Manes: Wörterbuch der Volkswirtschaft. a. a. O. S. 373.

3) Diesbezüglich siehe: Kaufmann: Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung. 3. Aufl. Berlin 1914.

Derselbe: Zur Umgestaltung der deutschen Sozialversicherung. Berlin 1924.

Derselbe: Zusammenwirken der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz auf dem Gebiete der ersten Hilfe. Berlin 1913.

Herkner: Die Arbeiterfrage. a. a. O. S. 389—391.

R. van der Borght: Die soziale Bedeutung der deutschen Arbeiterversicherung. a. a. O. S. 201—219.

Reichsversicherungsamt: Die deutsche Arbeiterversicherung als soziale Einrichtung. 3. Aufl. Berlin 1906.

C. Hartmann: Unfallverhütung und Arbeitshygiene. Die deutsche Arbeiterversicherung als soziale Einrichtung. Heft III. 2. Aufl. 1905.

Schlesinger und Hartmann: Unfallverhütung und Betriebssicherheit. 1910.

A. Bender: Unfallverhütung. Handwörterbuch der sozialen Hygiene 1912., II., S. 659—675.

Versicherungslexikon: 2. Aufl. Berlin 1924. Schadenverhütung: Kaufmann. S. 1096—1099; Unfallverhütung: Wörner. S. 1233—1236; Heilverfahren: Brunn. S. 677.

Handbuch der Praktischen Gewerbehygiene mit besonderer Berücksichtigung der Unfallverhütung: herausgegeben von Dr. H. Albrecht, Berlin 1896.

Wörner: Unfallverhütung als Teil der Betriebsrationalisierung. Festgabe für A. Manes. Berlin 1927. S. 113—124.

stalten haben auch ein sehr grosses Interesse zweckentsprechenden Vorbeugungsmassnahmen, weil jede Herabminderung der Betriebsgefahren ihre Gesamtfonds bedeutend entlastet. Vor allem ist die Gefahrenverhütung in der Unfallversicherung als sog. „Unfallverhütung" sehr gut entwickelt. Aber auch die Invalidenversicherungsanstalten und die Krankenkassen haben kein geringes Interese an der Schadenverhütung. Im ersteren Fall werden die notwendigen Massnahmen zur Schadenverhütung als Heilverfahren und vorbeugende Fürsorge, im letzteren Fall als Krankheitsverhütung durchgeführt. Von grosser Bedeutung ist in der Krankenversicherung die Gewerbehygiene geworden.

Albert Thomas schreibt in diesem Zusammenhang, dass unter Gefahrenschutz, oder mit anderen Worten, unter dem Schutz der Arbeiter bei ihrer Tätigkeit, die Massnahmen der Unfallverhütung und der Gewerbehygiene einschliesslich der Bekämpfung der Berufskrankheiten zu verstehen sind [1]).

Die Unfallverhütung ist im Laufe der Zeit zum wichtigsten Teil des Aufgabenkreises der Unfallversicherung geworden. Dass ausserdem die Schadenverhütung wertvoller ist für den Versicherten als den Schadenersatz, findet gerade hier die beste Bestätigung und „eine von schönsten Erfolgen begleitete Verwirklichung" [2]). Die Tendenz, den schadenausgleichenden Geldzahlungen erst die zweite Stelle einzuräumen, macht sich in der Sozialversicherung immer mehr geltend [3]).

1) Albert Thomas: Internationale Arbeiterschutzgesetzgebung. HdSt. Ergänzungsband. 4. Aufl. Jena 1929. S. 370: „b) Der Schutz der Arbeiter bei ihrer Tätigkeit (Gefahrenschutz). Wir verstehen unter dem Schutze der Arbeiter bei ihrer Tätigkeit die Massnahmen der Unfallverhütung und der Gewerbehygiene, einschliesslich die Bekämpfung der Berufskrankheiten".

2) Wörner: Artikel Unfallverhütung im Versicherungslexikon. a. a. O. S. 1233.

3) Siehe auch Kaufmann. Artikel über Schadenverhütung im Versicherungslexikon., a. a. O. S. 1097: „Schon bald brach sich aber weitergehend die Erkenntnis durch, dass die letzten Ziele der Arbeiterversicherung nicht in der Überwindung von Schadenwirkungen gipfeln, dass der Schutz gegen Arbeitsunfähigkeit wichtiger ist als die Sorge für die Arbeitsunfähigen, und dass die Arbeiterversicherung ihre Aufgabe am besten erfüllt, wenn sie möglichst an die Quellen der Schädigungen herantritt".

Die Unfallversicherung hat sich in dieser Richtung so stark entwickelt und ist auf diesem Gebiet so weit vorgeschritten, dass Herkner schon im Jahre 1922 mit vollem Recht schrieb: „Die Seele der Unfallversicherung ist die Unfallverhütung"[1]).

Man kann sogar sagen, dass die Unfallverhütung der Unfallversicherung ihr besonderes Gepräge gegeben hat[2]). Auch sie hat durch das zielbewusste Streben der Sozialversicherung nach einer umfassenden Unfallverhütung einen neuen Impuls bekommen.

Conrad Hartmann hat schon frühzeitig die grosse Bedeutung der Unfallverhütung erkannt und die Technik auf ihre Aufgabe hingewiesen, indem er sagte, dass bei voller Anwendung der Unfallverhütungstechnik ein Viertel aller Betriebsunfälle vollständig beseitigt werden könnte[3]).

Die Unfallverhütung findet praktisch ihre Verwirklichung in dem Erlass von Unfallverhütungsvorschriften und anderen Schutzvorrichtungen seitens der Berufsgenossenschaften, betreffend die notwendigen Massnahmen und das Verhalten der Arbeiter und der Betriebsführer zur Verhütung von Unfällen. In Deutschland sind die Berufsgenossenschaften nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung (§ 848 a - R.V.O.) sogar verpflichtet, die Unfallverhütungsvorschriften für die Betriebe ihrer Mitglieder zu erlassen. Darüber hinaus sind die Berufsgenossenschaften für die Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften verantwortlich. Zu diesem Zwecke müssen sie besondere technische Aufsichtsbeamte halten. Ende 1934 waren in Deutschland 550 technische Aufsichtsbeamte — 442 bei den gewerblichen und 108 bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften — beschäftigt[4]). Neben den technischen Aufsichtsbeamten der Berufsgenosenschaften sind noch die Gewerbeaufsichtsbeamten der staatlichen Verwaltungsbehörde zu erwähnen, die ebenfalls Betriebsbesichtigungen durchführen. Infolge die-

---

1) Herkner: Die Arbeiterfrage., a. a. O. S. 389.

2) Wörner: Artikel Unfallverhütung im Versicherungslexikon. a. a. O. S. 1233.

3) Vergl. Herkner: a. a. O. S. 389.

4) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung. Sonderausgabe des Reichsarbeitsblattes. Jahrg. 1935. Heft 12. Berlin Dez. 1935. S. 465.

ser laufenden und gut organisierten Beaufsichtigung der Industrieanlagen konnte Herkner beispielsweise im Jahre 1911 eine Abnahme der schweren Unfälle feststellen, trotz der Steigerung der Betriebsgefahren durch gewisse technische Fortschritte [1]).

Hinsichtlich der Entwicklung der Häufigkeit der Betriebsunfälle in der deutschen Unfallversicherung zeigt die Statistik ganz allgemein seit 1913 eine erhebliche Abnahme der erstmalig entschädigten Betriebsunfälle [2]).

1913	139.633
1932	83.018
1933	69.897
1934	77.220

Diese Abnahme der Betriebsunfälle dürfte in erster Linie durch planmässige Unfallverhütungsmassnahmen erreicht worden sein.

Was die Aufwendungen für die Unfallverhütung in Deutschland anbetrifft, so wurden beispielsweise im Jahre 1934 7.358.900 RM und im Jahre 1931 sogar 8.170.700 RM hierfür ausgegeben [3]). Hierzu kommen noch die Aufwendungen der Arbeitgeber bei der Durchführung der Unfallversicherungsvorschriften. Obwohl dieser Aufwand sich einer genauen Feststellung entzieht, muss er sehr erheblich sein [4]).

Auch die sogenannte „Erste Hilfe" spielt heute in der Unfallversicherung eine grosse Rolle. Soweit nämlich die Unfälle doch nicht zu vermeiden waren, hängt der gute Erfolg des Heilverfahrens sehr wesentlich von der Art der ersten Hilfe ab, die unmittelbar nach dem Eintritt der Unfälle geleistet wird [5]). Die erste Hilfe kann in den Betrieben in zweifacher Weise gefördert werden: entweder durch Einstellung von Sanitätspersonal, was fast nur in Grossbetrieben möglich sein dürfte, oder einfach durch Ausbildung der Arbeiter für diese Zwecke. Diese Schu-

1) Herkner: Die Arbeiterfrage, a. a. O. S. 390.
2) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, a. a. O. S. 455.
3) Ebenda. S. 465.
4) Ebenda.
5) Herkner: a. a. O. S. 390.

lung übernehmen in diesem Falle im allgemeinen die grossen Organisationen, wie das Rote Kreuz, die Samaritervereine und der Arbeitersamariterbund [1]). In dieser Weise erreicht man in den Betrieben eine gute Durchführung der ersten Hilfe mit geschulten Betriebshelfern, Sanitätskolonnen, aber auch, was mindestens von ebenso grosser Bedeutung ist, die unmittelbare Bereitstellung von Verbandzeug und Transportmitteln [2]).

Für die Invaliden- und Angestelltenversicherungsanstalten ist das Heilverfahren und die vorbeugende Fürsorge von grösster Bedeutung geworden. In Deutschland ist die vorbeugende Fürsorge infolge des Gesetzes vom Juli 1935 zum Schwerpunkt der eben genannten Anstalten und für die Zukunft sogar wichtiger als die Gestaltung der Renten geworden [3]).

Unter Heilverfahren sind im allgemeinen die freiwilligen Leistungen der Invaliden- und Angestelltenversicherungen zu verstehen, die als Zweck die Abwendung einer drohenden Invalidität oder die Beseitigung einer schon eingetretenen Invalidität haben. Infolge dieser Bestimmungen können die Invaliden- und Angestelltenversicherungsanstalten Mittel aufweisen für allgemeine Massnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität und zur Erhaltung und Stärkung der Volksgesundheit [4]).

Die ungeheure Bedeutung der Heilverfahren und der allgemeinen Massnahmen, die von den eben genannten Anstalten unternommen werden, hat Kaufmann treffend gekennzeichnet, wenn er schreibt: „Einem Beschlusse des Reichstages verdankte eine Bestimmung des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes von 1889 ihre Entstehung. Sie gab den Trägern der Invalidenversicherung — den Landesversicherungsanstalten — die Befugnis, für einen der reichsgesetzlichen Krankenversicherung nicht unterliegenden erkrankten Versicherten ein Heilverfahren zu

1) Wörner: Unfallverhütung als Teil der Betriebsrationalisierung. Festgabe für Alfred Manes. Berlin 1927. S. 123.

2) Herkner: a. a. O. S. 390.

3) A. Grieser: Die gegenwärtigen Probleme der Sozialversicherung, a. a. O. S. 142.

4) Brunn: Artikel Heilverfahren im Versicherungslexikon, a. a. O. S. 677.

übernehmen, sofern als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, die einen Anspruch auf Invalidenrente begründet. Niemand ahnte damals, welche hervorragende Bedeutung diese Bestimmung erhalten würde. Was demnächst die Landesversicherungsanstalten, dem Gesetzgeber meist vorauseilend, zum Teil mit Unterstützung der Krankenkassen, vorbeugend zum Besten der Volksgesundheit geleistet haben, überschritt die Arbeit vieler Menschenalter. Der erfolgreiche Kampf, den sie gegen Trunksucht, Tuberkulose und neuerdings auch gegen Geschlechtskrankheiten geführt haben, gehört zu den glänzendsten Abschnitten ihrer Tätigkeit. Die grossen Kapitalbestände der Landesversicherungsanstalten fanden in den verschiedensten Formen zur Erhaltung und Stärkung der Volksgesundheit, sowie zur Förderung anderer Aufgaben der Wohlfahrtspflege, besonders im Wohnungswesen, Verwendung [1]).

Um die grosse Bedeutung der Heilverfahren und der vorbeugenden Fürsorge der Invaliden- und Angestelltenversicherungsanstalten ermessen zu können, seien die folgenden statistischen Angaben angeführt.

In der deutschen Invalidenversicherung wurden in den Jahren 1913—1914 folgende Summen für das Heilverfahren ausgegeben [2]):

1913	26,5	Millionen Mark
1925	38,8	„
1931	64,3	„
1932	38,6	„
1933	33,3	„
1934	38,5	„

Diesen Summen entsprechen die folgenden Gesamtzahlen der

1) Kaufmann: Artikel Schadenverhütung im Versicherungslexikon. a. a. O. S. 1098.

2) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung. 1935. a. a. O. S. 618.

behandelten Personen (abgeschlossene und laufende Behandlungsfälle zusammen):

1913	154.000	behandelte Personen
1925	210.000	„ „
1930	540.000	„ „
1931	398.000	„ „
1932	153.000	„ „
1933	125.000	„ „
1934	153.000	„ „

Die deutsche Angestelltenversicherung hat ebenfalls grosse Summen für diese Zwecke aufgewendet:

20.193.000 RM = im Jahre 1933 und
20.641.000 „ = im Jahre 1934[1]).

Auch in der Krankenversicherung finden wir die gleichen Tendenzen zur Schadenverhütung, wie in den oben erwähnten Sozialversicherungszweigen. Die Krankenkassen haben in jüngster Zeit zahlreiche Massnahmen betreffend die Krankheitsverhütung erlassen. Insbesondere versucht man, den dauernden Gesundheitsschädigungen vorzubeugen durch eine umfassende Fürsorge für Genesende, Schwangere und Wöchnerinnen[2]).

In Verbindung mit der Krankenversicherung hat sich ferner ein neuer und sehr wichtiger Zweig der Medizin herausgebildet, nämlich die Gewerbehygiene. Sie hat sich in erster Linie im Bereiche der Sozialversicherung und in so enger Verbindung mit dieser entwickelt, dass man sie gewissermassen als eine Schöpfung der Sozialversicherung ansehen kann.

Die Gewerbehygiene dient dem Schutze der Gesundheit der Arbeiter und ist heute in fast allen Betrieben, Werkstätten, Fabriken und anderen ähnlichen Einrichtungen, die Arbeitnehmer beschäftigen, eingeführt.

Die Durchführung der Gewerbehygiene obliegt den Aerzten,

---

1) Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich. 1935; herausgegeben vom Statistischen Reichsamt. Berlin 1935. S. 409.

2) Kaufmann: Artikel Schadenverhütung im Versicherungslexikon. a. a. O. S. 1098.

Gewerbeaufsichtsbeamten, Betriebsunternehmern und Arbeitnehmern.

Die Aerzte sammeln infolge ihrer Praxis bei den Krankenkassen im Laufe der Zeit ihre besonderen Erfahrungen über die Gefahren der Berufsarbeit, sodass sie immer mehr und mehr die Gewerbehygiene verbessern können [1]). So können die Kassenärzte immer neuere und bessere Verhütungsmittel ausfindig machen.

Auch ein bestimmter Kreis von Gewerbeaufsichtsbeamten, meist staatliche Beamte, die die Gewerbeaufsicht in den Betrieben durchführen, können mitwirken an der Ausgestaltung der Gewerbehygiene. Aber auch die Arbeiter selbst können zu wertvollen Mitarbeitern werden. Denn sie sind aufmerksamer geworden, sie haben sich daran gewöhnt, immer in der grössten Sauberkeit zu leben, allmählich merken sie, von welchen Arbeitsgefahren sie am meisten bedroht sind und, endlich wissen sie jetzt schon viel besser, wie sie gegen die Erkrankungen kämpfen müssen. So stellte Herkner schon vor langer Zeit fest: Die Arbeiter „zeigen wachsendes Verständnis für eine hygienisch vernünftigere Lebensweise und grössere Geneigtheit, die Bemühungen zur Verhütung der Betriebsgefahren wirksam zu unterstützen" [2]).

Wie gross die Aufwendungen für die Krankheitsverhütung sind, die die deutschen Krankenkassen für Krankheitsverhütung und Gesundheitsfürsorge ausgegeben haben, zeigt die folgende Statistik [3]).

1929	10.008.000 RM
1930	10.333.000 „
1931	8.431.000 „
1932	4.133.000 „
1933	3.870.000 „
1934	4.814.000 „

Wenn aber trotz aller Massnahmen zur Krankheitsverhütung eine Erkrankung eintritt, so ist nunmehr das unmittelbare Eingreifen des Arztes in der Krankenversicherung genau so wichtig wie die sogenannte „Erste Hilfe" in der Unfallversicherung.

---

1) Vergl. Herkner: a. a. O. S. 390.
2) Herkner: a. a. O. S. 390—391.
3) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung. 1935. a. a. O. S. 700.

Es ist daher sehr verdienstvoll von der Sozialversicherung, dass sie in ihrer Organisation nach einem Maximum an schnellem Eingreifen des Arztes strebt. Dadurch wird ein rascher und zuverlässiger Heilungsprozess nach Möglichkeit gesichert.

Es ist in diesem Zusammenhang auch darauf hinzuweisen, dass die kranken Versicherten bei ansteckenden Krankheiten in Krankenhäusern untergebracht werden, um die weitere Ausbreitung ihrer Krankheit wirksam bekämpfen zu können. Demselben Zwecke dient aber nicht nur die Spitalpflege, sondern auch die zahlreichen prophylaktischen Massregeln, die gewöhnlich von den Krankenkassen durchgeführt werden[1]).

3. Mutterschaftsfürsorge und Bevölkerungspolitik.

Der Schutz der Mutterschaft in der Sozialversicherung ist von sehr grosser Bedeutung für den Staat, nicht nur weil die Mutterschaftsfürsorge von überragender Bedeutung ist für die künftige Generation, sondern auch weil sie die Bevölkerungspolitik der Staaten wirksam unterstützen kann.

Die Wochenhilfe, die bei jeder Entbindung gewährt wird, hilft das Leben von Mutter und Kind sichern. Eine gute Entbindung und eine gut durchgeführte Wochenhilfe unterstützt die Geburt von kräftigen und gesunden Kindern, die letzten Endes gute Staatsbürger, leistungsfähige Arbeiter und kräftige Soldaten dieses Staates sein werden[2]).

Die Wochenhilfe der Sozialversicherung besteht im allgemeinen in der Gewährung von: Hebammenhilfe, Arzneien und anderen Heilmitteln, ärztliche Behandlung, falls erforderlich, und endlich in Wochengeld und Stillgeld.

Die Wochenhilfe wird in den meisten Ländern nicht nur den

---

1) Vergl. Herkner: a. a. O. S. 391.

2) Siehe auch Herkner: Die Arbeiterfrage, a. a. O. S. 391: „Auch die den Schwangeren und Wöchnerinnen zuteil werdende Fürsorge und die neuerdings eröffnete Möglichkeit, durch Stillgelder eine bessere Ernährung der Säuglinge zu sichern, dürfen in ihrer Bedeutung für Volksgesundheit und Erwerbskraft nicht unterschätzt werden".

weiblichen Versicherten gewährt, sondern auch den weiblichen Familienangehörigen der männlichen Versicherten, die selbst nicht versichert sind. So erhalten z. B. in Deutschland nach dem § 205a der Reichsversicherungsordnung auch die Ehefrauen, sowie solche Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten die Wochenhilfe, welche mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, vorausgesetzt aber, dass sie sich im Inland aufhalten und dass sie selbst keinen Anspruch auf Wochenhilfe haben [1]).

In Rumänien und in fast allen anderen Ländern, die eine Sozialversicherungseinrichtung haben, finden wir fast die gleichen Regelungen in der Mutterschaftsfürsorge.

Im Sinne einer möglichst guten Mutterschaftsfürsorge liegt es auch, dass in fast allen Ländern mit Zustimmung der Wöchnerin die Kasse an Stelle des Wochengeldes, Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim oder Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen gewähren kann.

Die grosse Bedeutung der Mutterschaftsfürsorge der Sozialversicherung kann man am besten ermessen, wenn man einen Blick auf die grosse Zahl der Kinder wirft, bei deren Geburt die Mutterschaftsfürsorge Leistungen gewährt hat, und wenn man die Summe der Gesamtaufwendungen der Sozialversicherung für die Wochenhilfe in Betracht zieht.

Nach den statistischen Angaben wurde in den letzten Jahren in Deutschland bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen Wochenhilfe gewährt: [2])

1929	in	802.656	Geburtsfällen
1930	„	788.391	„
1931	„	686.743	„
1932	„	599.198	„
1933	„	543.330	„
1934	„	715.772	„

Vergleicht man mit diesen Zahlen die Zahlen der Geburten überhaupt in denselben Jahren, so zeigt es sich, dass bei unge-

1) Vergl. auch F. Zahn: Familie und Versicherung, a. a. O. S. 89.
2) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, 1935, a. a. O. S. 699.

fähr 2/3 aller deutschen Geburten die Sozialversicherung mitgewirkt hat. Die Zahlen der Lebendgeborenen für die entsprechenden Jahre sind im Deutschen Reiche [1]):

1929	1.164.062	Lebendgeborene
1930	1.144.151	„
1931	1.047.775	„
1932	993.126	„
1933	971.174	„
1934	1.196.740	„

F. Zahn schätzt die Zahl der Fälle, in denen die Krankenversicherung im Jahre 1925 bei den Geburten in Deutschland in Anspruch genommen wurden, auf rund 62 % [2]).

Hinsichtlich der Aufwendungen der deutschen reichsgesetzlichen Krankenkassen für die Wochenhilfe werden von der Reichsversicherung folgende Angaben gemacht [3]):

1929	87.550.000 RM
1930	95.260.000 „
1931	93.892.000 „
1932	75.660.000 „
1933	66.757.000 „
1934	87.371.000 „

Aus den verschiedenen statistischen Angaben geht eindeutig hervor, dass die Mutterschaftsfürsorge der Sozialversicherung von unermesslicher Bedeutung für die Staaten ist. Die Staaten können in der Mutterschaftsversicherung eine wirksame Stütze ihrer Bevölkerungspolitik haben. Sicherlich gibt es auch viele andere Mittel, aber trotzdem spielt gerade die Sozialversicherung auf diesem Gebiet eine wichtige Rolle. Deshalb gewähren die Staaten in ihrem eigenen Interesse sogar Gehaltszuschüsse zu den Aufwendungen für die Wochenhilfe der Mutterschaftsversicherung. So gab z. B.

---

1) Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich. 1935, a. a. O. S. 36.

2) Siehe F. Zahn: Familie und Versicherung, a. a. O. S. 89.

3) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, 1935, a. a. O. S. 700.

in Deutschland das Reich zu den Kosten der Familienwochenhilfe einen Reichszuschuss von 50 RM für jeden Entbindungsfall. Diese Reichszuschüsse betrugen im Jahre 1932 ungefähr 800.000 RM und im Jahre 1929 sogar 27 Millionen RM[1]).

4. Sterblichkeitsrückgang.

Obwohl der Rückgang der Sterblichkeitsziffern nicht das ausschliessliche Verdienst der Sozialversicherung ist, so haben doch viele bedeutende Schriftsteller — so wie van der Borght[2]), Herkner[3]), I. N. Angelescu[4]), Manes[5]) und Paul Pic[6]) — nachgewiesen, dass die Sozialversicherung einen wesentlichen Anteil an dieser rückläufigen Entwicklung der Sterblichkeit hat.

Auf Grund eingehender Studien hat I. N. Angelescu nachgewiesen, dass die Sterblichkeitsziffer bis zum Jahre 1881 stetig gewachsen ist und dann nach der Einführung der Sozialversicherung allmählich abgenommen hat[7]).

Jahre	Sterblichkeitsziffer (auf 1000 Einwohner)
1851/60	27,8 $^{0}/_{00}$
1861/70	28,4 „
1871/80	28,8 „
1881/90	26,5 „
1891/900	23,5 „
1906	14,9 „
1907	14,2 „
1908	14,0 „

Der Rückgang der Sterblichkeitsziffer unter dem Einfluss der Sozialversicherung zeigt sich insbesondere in Deutschland, wo der

1) Siehe S. 174 dieser Arbeit.

2) R. van der Borght: Die soziale Bedeutung der deutschen Arbeiterversicherung, a. a. O. S. 265.

3) Herkner H.: Die Arbeiterfrage, a. a. O. S. 391.

4) I. N. Angelescu: Asigurările sociale în statele moderne. Bucureşti 1933, S. 279

5) A. Manes: Versicherungswesen, 3. Bd., a. a. O. S. 205.

6) Paul Pic: Traité élémentaire de législation industrielle. a. a. O. S. 1018

7) I. N. Angelescu: a. a. O. S. 279.

Rückgang unmittelbar nach Einführung der Sozialversicherung (1883—1884) einsetzt und bis zur Gegenwart anhält[1]).

Sterblichkeitsziffer pro 1000 Einwohner:	
1871/75	28,2
1881/85	25,7
1891/95	23,3
1901/05	19,9
1911/13	16,0
1913 (jetzigen Reichsgebiet)	14,8
1921/23	14,1
1924/26	12,0
1927/29	12,1
1930	11,1
1931	11,2

Die Statistik zeigt, dass sogar während des Weltkrieges die Sterblichkeitsziffer in Deutschland kleiner war als in den Jahrzehnten vor der Einführung der Sozialversicherung. Die höchste Sterblichkeitsziffer während des Weltkrieges hat Deutschland im Jahre 1918 zu verzeichnen — nämlich 24,8 pro 1000 Einwohner. Indessen waren die Sterblichkeitsziffern vor der Einführung der Sozialversicherung folgende[2]):

1851/60	26,3	pro 1000
1861/70	26,8	„
1871/75	28,2	„
1876/80	26,1	„

Die offenbar enge Verbindung zwischen dem Sterblichkeitsrückgang und der Sozialversicherung kommt am besten zum Ausdruck, wenn man entsprechenden Ziffern in Deutschland und Frankreich vergleicht. Im Jahre 1880, also bevor die Sozialversicherung eingeführt wurde, belief sich die Sterblichkeitsziffer in Deutschland auf 26 pro 1000 Einwohnern, während sie in Frank-

1) Deutsche Wirtschaftskunde: Bearbeitet im Statistischen Reichsamt. 2. Aufl. Berlin 1933. S. 27.

2) Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1933, a. a. O. S. 36.

reich erheblich niedriger war, und zwar 22,9 pro 1000 Einwohner. Dagegen ist die Sterblichkeitsziffer in Deutschland im Jahre 1927, also nach einer langen Reihe von Jahren, in denen das Sozialversicherungswesen sich auswirken konnte, erheblich gesunken, und zwar von 26 auf 12 pro 1000, während sie in Frankreich nur von 22,9 auf 16,5 pro 1000 Einwohner gefallen ist. Dieser viel grössere Rückgang in der Sterblichkeitsziffer in Deutschland hat man der deutschen Sozialversicherung zu verdanken [1]).

Herkner sieht auch den segensreichen Einfluss der Sozialversicherung auf die Sterblichkeit dadurch erwiesen, dass seit Inkrafttreten der Sozialversicherung die Sterblichkeitsziffern in den Städden viel mehr zurückgegangen sind als auf dem Lande, und das, weil die Sozialversicherung auf dem Lande nicht ebenso schnell und erfolgreich durchgeführt werden konnte wie in den Städten.

Herkner schreibt: „Wenn 1913 im Deutschen Reiche etwa 700.000 Menschen weniger starben als gestorben wären, wenn noch die Sterberaten bestanden hätten wie vor 30 Jahren, so ist dieser Fortschritt zum grossen Teile durch die Sozialversicherung erzielt worden, denn er erstreckte sich bezeichnenderweise nur auf die Stadtbevölkerung, während die Landbevölkerung, die von der Krankenversicherung im allgemeinen unberührt geblieben war, noch keine Verbesserung der Sterblichkeitsverhältnisse erreicht hatte" [2]).

Dass die Sozialversicherung auf dem Lande nicht so schnell Fuss fassen konnte, wie in den Städten, erklärt sich daraus, dass in vielen Ländern, auch heute noch, die Sozialversicherung auf dem Lande überhaupt noch nicht vorhanden ist (z. B. die Versicherung der landwirtschaftlichen Arbeiter), weil sie dort zu teuer arbeiten würde. Und in den Ländern, wo sie dennoch auf dem Lande ebenfalls eingeführt worden ist, kann sie trotz allem nicht so erfolgreich durchgeführt werden, wegen der grossen Entfernungen, der wenigen Aerzte und der hohen Transportkosten im Krankheitsfalle.

Man darf andererseits die Herabminderung der Sterblichkeits-

1) P. Pic: a. a. O. S. 1018.
2) Herkner: a. a. O. S. 391.

ziffern nicht ausschliesslich der Sozialversicherung zurechnen, weil der Rückgang der Sterblichkeitsziffern nicht nur ihr Verdienst ist, sondern in wesentlichem Umfang auch der ständig fortschreitenden Medizin zu verdanken ist.

* * *

Immerhin kann man wohl infolge der vielfachen sozialen Aufbauarbeit, die die Sozialversicherung für Volk und Staat fortgesetzt leistet — so wie die Förderung der allgemeinen Volksgesundheit, die Verminderung der Arbeitsunfälle und der Krankheits- und Invaliditätsfälle (Schadenverhütung), der Schutz der Mutterschaft und der Sterblichkeitsrückgang — behaupten, dass die Sozialversicherung eine grossartige Menschenökonomie im wahrsten Sinne des Wortes bewirkt. Dies haben denn auch bedeutende Sozialpolitiker wie Herkner, Grieser und Manes schon frühzeitig erkannt. Beispielsweise schreibt Herkner: „So betrachetet, erscheint die Sozialversicherung als ein volkswirtschaftlich wie human gleich segensreicher Kampf gegen jede Energieerzeugung, als ein erfolggekröntes System der Menschenökonomie" [1]).

---

1) Herkner — a. a. O. — S. 391. Die Arbeiterfrage. So auch A. Grieser: Die gegenwärtigen Probleme der Sozialversicherung — a. a. O. — S. 146: „In diesem Sinne ist Sozialversicherung öffentlich-rechtliche Bewirtschaftung von Gesundheit und Arbeitskraft, sie ist Menschenökonomie im wahren Sinne des Wortes". Und auch A. Manes — (Versicherungswesen — Bd. 3 — a. a. O. S. 204) der auch zeigt, was Menschenökonomie wirklich bedeutet: „Daneben hat die Sozialversicherung selbstverständlich tiefgreifende Wirkungen auf die gesamte Bevölkerungspolitik. Die Bevölkerungspolitik der industriell-technischen Wirtschaft muss darauf gerichtet sein, Menschenökonomie zu treiben, d. h. eine möglichst gesunde Bevölkerung bei möglichst geringen Bevölkerungsumsätzen zu schaffen. Die industriell-technische Gesellschaft verwendet auf die Ausbildung der einzelnen Arbeitskraft eine ständig wachsende Mühe. Im ganzen gesehen, wachsen die Anforderungen an die beruflichen, politischen und menschlichen Erfahrungen des einzelnen fortgesetzt. Ein Bevölkerungstyp mit grossen Umsätzen, also hoher Sterblichkeit bei hoher Geburtenziffer, wäre für die industriell-technische Wirtschaft daher äusserst unökonomisch. Die Sozialversicherung gibt dem Staat eine Garantie dafür, dass der fortgesetzt steigende Wert der Erziehungskosten und des sonstigen Aufwands für die Heranbildung der Arbeitskraft richtig erhalten und abgeschrieben wird".

5. Förderung des Solidaritätsgedankens und Abschwächung des Klassenkampfes.

Weitere wertvolle Dienste hat die Sozialversicherung dem Staate dadurch geleistet, dass ihre segensreiche Arbeit zur Förderung des Solidaritätsgedankens und damit zur Abschwächung des Klassenkampfes beigetragen hat.

Der mit der Industrialisierung aufkommende Klassenhass und Klassenkampf war nicht nur eine Folge der politischen Führung der Arbeiterschaft, sondern auch der vielfachen und teilweise unvermeidbaren Arbeitsgefahren dieses Mechanisierungsprozesses. Durch eine systematische Bekämpfung der Arbeitsgefahren wurden diese erheblich herabgemindert.

Darüber hinaus zwang die praktische Durchführung der einzelnen Massnahmen der Sozialversicherung ganz allgemein die Arbeitgeber- und die Arbeitnehmerschaft zur Zusammenarbeit. So wurde das Ausmass des Klassenkampfes, sowohl durch eine Förderung des gegenseitigen Verstehens als auch durch eine Minderung der Ursachen des Klassenkampfes, wesentlich abgeschwächt.

Dies ist allerdings insofern ganz selbstverständlich, als die Sozialversicherung auf gesunden Grundsätzen beruht, nämlich auf dem Solidaritätsgedankens und auf dem Grundsatz des „einer für alle und alle für einen".

Was am meisten den Hass der Arbeiter gegenüber ihren Arbeitgebern in früheren Zeiten erregt hat, ist der Unterschied, der zwischen beiden Klassen besteht, und zwar: während die Arbeitgeber wegen ihrer besseren materiellen Verhältnisse im allgemeinen gegen fast alle zukünftigen Lebensgefahren gesichert scheinen, bestand für den Arbeiter regelmässig eine grosse Unsicherheit des morgigen Tages[1]). Das einzige Vermögen der Arbeiter ist seine Arbeitskraft. Aus diesem Grund ist es das grösste Unglück, das den Arbeiter treffen kann, wenn sich die Unmöglichkeit herausstellt, aus irgendeinem Grunde seine Arbeit in Zukunft nicht mehr weiter verrichten zu können. Wird diese Unmöglichkeit zur Tatsache, so zieht das graue Elend bei dem Arbeiter und seiner Familie ein.

---

1) Vergl. I. N. Angelescu — a. a. O. — S. 288—289.

Durch die Sozialversicherung aber, die die Existenz der Arbeiter und ihrer Familien gegen fast alle zukünftigen Arbeits- und Lebensgefahren zum Ziele hat, wird jene unmittelbare Sorge um den morgigen Tag auch für den Arbeiter beseitigt. Demzufolge ist der Klassenhass der Arbeiter gegen das Unternehmertum in gewisser Weise abgeschwächt worden, den die Arbeiter haben keinen Grund mehr, in ihrem Arbeitgeber nur einen Ausbeuter zu sehen, der ihre Arbeitskraft bis zur Höchstgrenze ausnutzt, solange sie kräftig und gesund sind, und der sie später, wenn sie krank oder invalide werden, ohne Mitleid — als Bettler — der Volksgemeinschaft zur Last fallen lässt. Dieses Hassgefühl ist durch die Sozialversicherung verringert worden, weil sie sich um die Eixstenzsicherung der Arbeitermassen sorgt und in Notfällen die entsprechenden Entschädigungen leistet.

Auch hinsichtlich der Gewährung der Entschädigungen trägt die Sozialversicherung sehr wesentlich zur Beseitigung der Streitigkeiten und der gegenseitigen Unzufriedenheiten zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern bei. Früher — insbesondere unter der Einrichtung der Unternehmerhaftpflicht sollten die Arbeiter in Notfällen zu ihren Arbeitgebern gehen, um die entsprechenden Entschädigungen zu bekommen. Die Entschädigungen waren aber von vornherein nicht festgesetzt, sodass die Arbeiter und ihre Arbeitgeber in den meisten Fällen sich nicht einigen konnten und demzufolge zahllose Streitigkeiten und Prozesse entstanden. Grundsätzlich anders ist die Stellung des verletzten oder erkrankten Arbeiters in der Sozialversicherung. Hier sind fast alle Entschädigungen bezw. Leistungen von vornherein festgesetzt, und ausserdem setzen sich die Organe der Sozialversicherung fast überall und in fast allen Versicherungssystemen sowohl aus Vertretern der Arbeitgeber als auch der Versicherten zusammen, sodass die etwa noch entstehende Meinungsverschiedenheit viel leichter beseitigt werden kann.

So hat die Selbstverwaltung in erheblichem Masse dazu beigetragen, den Klassenkampf zu überwinden und an seiner Stelle den Solidaritätsgedanken zur höchsten Entfaltung zu bringen.

Dass der Solidaritätsgedanke durch keine andere Einrichtung so stark gefördert worden ist wie durch die Sozialversicherung,

versucht Albrecht mit den folgenden Worten zu beweisen: „In der Tat liegt in diesem kollektivistischen Prinzip ein sozial-erzieherischer Wert von grösster Bedeutung; der im Arbeiter durch ständiges Wachhalten des Klassendenkens und einseitigen Interessenstrebens grossgezogene Egoismus wird hier abgelenkt auf solidarisches, den Mitmenschen zugewandtes Empfinden. Der sozial gesunde Grundsatz des „einer für alle, alle für einen" ist, wenn er auch hier ebensowenig, wie in anderen Anwendungen, ideale Verwirklichung findet, dem Arbeiter durch nichts so nahe gebracht worden, wie durch die Sozialversicherung, mehr und in einem viel wesenhafteren Sinne als durch die gewerkschaftliche Gruppenegoismus, des klassenbetonten Gegensatz zu anderen Organisationsidee; denn dieser liegt immer der Gedanke der Gesellschaftsschichten zugrunde; in jener aber handelt es sich um das von Grund auf christliche Gebot der „Nächstenhilfe" in den Nöten des irdischen Daseins"[1]).

Die Sozialversicherung hat also das Solidaritätsbewusstsein der Arbeitermassen hervorgerufen, den Gedanken, sich mit den Unternehmern, aber noch weit mehr mit dem Staate solidarisch zu fühlen. Diese Solidarität zwischen den Arbeitermassen und dem Staat wurde sogar einer der Hauptgründe, die Bismarck zur Einführung der Sozialversicherung in Deutschland bewogen haben[2]).

Was die Solidarität zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern anbetrifft, so wurde diese besonders dadurch gefördert, dass die beiden sich früher bekämpfenden Gruppen in der Sozialversicherung in einer Gemeinschaft, ja in einer „Schicksalsgemeinschaft" — wie Grieser mit Recht sagt — vereinigt worden sind. Diese Gemeinschaft in der Sozialversicherung beherrscht der Leitsatz des „einer für alle, und alle für einen", auf Grund dessen die Arbeitgeber und Arbeitnehmer sich gegenseitig helfen müssen und

1) G. Albrecht, — Grundfragen der Sozialversicherung, a. a. O., S. 23—24.

2) Vergl. G. Schmoller, — Die soziale Frage, München und Leipzig 1918, S. 394: Die Einführung der Sozialversicherung in Deutschland hat als „Hauptnote, Bismarcks Glaube an die soziale Mission des Staates seine Absicht, die Arbeiter durch Reichseinrichtungen an das Reich zu fesseln".

Schulter an Schulter für das gemeinsame Wohl gegen die gemeinschaftliche Not kämpfen sollen.

Der grosse Erfolg der Sozialversicherung beruht darauf, dass sie Arbeitern und Arbeitgebern die Möglichkeit gibt, sich besser kennen zu lernen und somit gerechter zu beurteilen. Grieser sagt in diesem Zusammenhang: „Die Sozialversicherung bindet Arbeiter und Unternehmer in einer Gemeinschaft, äusseres Band und eiserne Klammern sind Versicherungszwang und Beitragspflicht... Die Versicherungsgemeinschaft soll von Unternehmern und Arbeitern als gemeinschaftliches Glück, als gemeinschaftliche Not erlebt werden, als eine Schicksalsgemeinschaft, in der keiner mehr ist als der andere, in der jeder, ob Unternehmer oder Arbeiter, für den anderen verantwortlich ist" [1]).

Fast dieselben Gedanken hat van der Borght schon im Jahre 1898 geäussert: „Das Zusammenarbeiten in den Verwaltungsorganen und den Schiedsgerichten wie im Reichsversicherungsamt trägt dazu noch besonders bei. Hier arbeiten Unternehmer und Arbeiter Schulter an Schulter und lernen sich gegenseitig besser kennen und besser beurteilen, und manches ungerechtfertigte Vorurteil wird dadurch allmählich beseitigt werden. Die trotz aller Verhetzung doch in letzter Linie vorhandene Gemeinsamkeit der Interessen wird dadurch immer mehr beiden Teilen zum Bewusstsein kommen" [2]).

In gleicher Weise sah auch der rumänische Arbeitsminister D. R. Ioanițescu die Aufgaben der Sozialversicherung im Hinblick auf die Überwindung des Klassenkampfes. In einem Vortrag, den er im rumänischen Senat im Jahre 1933 anlässlich der Einführung seines einheitlichen Sozialversicherungsgesetzes vom 7. April 1933, gehalten hat, sagte er: „Ich sehe innerhalb dieser Anstalten die Festlegung des beiderseitigen Wunsches, der Unternehmer und der Arbeitnehmer, sich gegenseitig besser zu verstehen. Ich bin sicher, dass hier inmitten dieser Atmosphäre von Seiten

1) A. Grieser, — a. a. O., S. 144.

2) R. van der Borght. — Die soziale Bedeutung der deutschen Arbeiterversicherung, a. a. O., S. 221.

der kranken, alten oder invaliden Arbeiter aller Klassenkampf zerstreut werden wird"[1]).

6. Andere Vorteile der Sozialversicherung für den Staat.

Ein weiterer grosser Vorteil für den Staat ergibt sich aus der finanziellen Entlastung des Staatshaushalts durch die Sozialversicherung, und zwar trägt die Sozialversicherung in zweifacher Weise zu dieser Entlastung bei: sie entlastet in erster Linie den Staat, die Länder und Gemeinden hinsichtlich ihrer Aufwendungen für die Armenpflege. Wenn die Sozialversicherung auch nicht eine vollständige Ablösung dieses sozialen Problems auf sich nehmen kann, weil sie im allgemeinen nur die Arbeitnehmer und nicht alle Personenkreise ihres Verwaltungsbezirks erfasst, so bringt sie doch eine erhebliche Entlastung für die öffentliche Fürsorge[2]). Hier spielt vor allem die Krankenversicherung eine grosse Rolle, „da die Krankheit verhältnismässig am häufigsten als Verarmungsursache erscheint"[3]). Schliesslich muss man auch berücksichtigen, dass die Sozialversicherung „immer billiger als eine Staatsfürsorge wird"[4]), weil sie als feste Grundlage die Selbsthilfe der Arbeitnehmer hat, durch welche sie ihre finanziellen Mittel aufbringt.

In zweiter Linie trägt die Sozialversicherung nicht unwesentlich zur Entlastung des Staatshaushalts bei, indem sie einen er-

---

1) Siehe dazu: Legea pentru unificarea asigurărilor sociale cu Expunerea de motive, discursurile d-lui Ministru D. R. Ioanițescu și Desbaterile Parlamentare, București 1933, Discursul la Senat. S. 36.

2) Sofern in den einzelnen Ländern eine Arbeitslosenversicherung besteht, ist der Umfang der Entlastung des Staatshaushaltes durch die Auswirkung der Sozialversicherung selbstverständlich geringer.

3) R. van der Borght, a. a. O. S. 253. Hinsichtlich der Unfallversicherung stellt van der Borght fest, dass sie „am wenigsten zur direkten Entlastung der Armenpflege beigetragen hat... Die Unfallversicherung hat trotzdem eine grosse mittelbare Bedeutung für die Armenpflege. Je mehr sie die Zahl der dauernd und gänzlich Erwerbsunfähigen herabmindert, desto mehr beugt sie der Verarmung vor". S. 253—254.

4) P. Moldenhauer: Versicherungs- oder Versorgungsprinzip in der deutschen Sozialversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 22. Berlin 1922. S. 180.

heblichen Teil der Aufwendungen für die Volksgesundheit und Volkshygiene übernimmt, die im anderen Falle der Staat selbst hätte aufbringen müssen.

Wenn man nun an die Milliarden Mark denkt, die allein in Deutschland alljährlich von den Sozialversicherungseinrichtungen ausgegeben werden, so kann man sich vorstellen, was für eine ungeheure finanzielle Entlastung der Staatshaushalt dadurch erfährt, dass die Sozialversicherung ihre Mittel der öffentlichen Fürsorge, der Hebung der Volksgesundheit, der Volkshygiene, der Mutterschaftsfürsorge, in Form von Alters- und Invaliditätsrenten, usw. zur Verfügung stellt. Nach der Statistik beliefen sich die Gesamtausgaben der deutschen Sozialversicherung in den letzten Jahren auf nicht weniger als [1]):

5.744,6	Millionen	RM	im	Jahre	1929
6.179,7	„	„	„	„	1930
5.571,7	„	„	„	„	1931
3.139,7	„	„	„	„	1933
3.303,4	„	„	„	„	1934

Auch insofern hat der Staat grossen Vorteil von der Sozialversicherung als sie eine erhebliche Entlastung der staatlichen Verwaltung und der Zivilrechtspflege mit sich bringt. Man denke nur an die Überlastung der Zivilrechtspflege durch die zahlreichen Prozesse zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern vor der Einführung der Sozialversicherung unter der Haftpflichtgesetzgebung [2]). Diese Prozesse bedeuten aber nicht nur eine Überlastung der Zivilgerichte, sondern waren der unmittelbare Anlass zu einer ständigen Erbitterung der Arbeitnehmer gegen ihre Arbeitgeber und vertiefte somit immer mehr den Klassenhass. Dank der Sozialversicherung sind diese Prozesse grösstenteils unnötig geworden, denn es bedarf keiner Feststellung der Arbeitgeber- oder Arbeitnehmerschuld mehr. Die Verletzten erhalten die satzungsgemäss vorgesehenen Entschädigungen von den Versicherungsanstalten sofort nach Eintritt des Versicherungsfalles, wenn sie die

---

1) Deutsche Wirtschaftskunde — a. a. O. — S. 353 und Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1933 — a. a. O. — S. 413 (für die letzten 2 Jahre).

2) Vergl. Manes — Versicherungswesen — 3. Bd. — a. a. O. — S. 206.

Voraussetzungen erfüllt haben. Die Einführung fester Rechtsansprüche hat nicht nur einen guten Einfluss auf das Verhalten der Arbeitnehmer gehabt, sondern hat auch viel dazu beigetragen, die Klassengegensätze zu überbrücken und die Überlastung der Zivilrechtspflege fast vollständig zu beseitigen.

Auch die Entlastung der öffentlichen Verwaltung infolge der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung bedeutet für den Staat eine erhebliche finanzielle Entlastung, denn die Sozialversicherung übernimmt nicht nur den grössten Teil der Aufgaben der öffentlichen Fürsorge, sondern auch einen Teil der Aufgaben der Gewerbepolizei, der Gewerbeaufsicht, der Aufsichtsorgane für die Invalidenversicherung usw.[1]).

Schliesslich hat die Sozialversicherung dem Staate auch mittelbar wertvolle Dienste geleistet, indem ihre sozialen Leistungen auch den Umfang der Bettelei stark eingeschränkt haben. Desgleichen zeigt die Kriminalstatistik eine auffallend rückläufige Entwicklung der Kriminalfälle, seitdem es der Sozialversicherung gelungen ist, eine gewisse Besserung und Sicherung der wirtschaftlichen Lage der ärmsten Volksschichten zu erreichen[2]).

* * *

In Anbetracht der vielfachen und grossen Vorteile, die die Sozialversicherung den arbeitenden Massen, der Arbeitgeberschaft und nicht zuletzt dem Staate bringt, hat Grieser mit vollem Recht gesagt: „Fur den deutschen Arbeiter, für den europäischen Arbeiter, ist die Sozialversicherung eine Sonne. Sie erscheint ihm als Morgensonne im Familienschutz und in der Mutterschaftsversicherung, sie erscheint ihm als Mittagssonne zur Erhaltung der Arbeitskraft und Arbeitsgelegenheit; sie ist die Abendsonne für die Siechen, für die Gebrechlichen und die Alten und sie ist schliesslich auch die Mitternachtssonne für diejenigen, die blind sind oder das Licht des Geistes verloren haben"[3]).

1) Manes: Versicherungswesen. 3. Bd., a. a. O. S. 206.

2) R. van der Borght: a. a. O. S. 264.

3) Grieser: Vortrag auf dem 1. Delegiertenkongress der Internationalen Vereinigung für sozialen Fortschritt, der vom 22. bis 24. September 1926 in Montreux stattfand — zitiert nach Alois Egger — Die Belastung der deutschen Wirtschaft durch die Sozialversicherung. S. 278.

§ 3. Entwicklungstendenzen der modernen Sozialversicherung [1]).

Hinsichtlich der Entwicklungstendenzen in der gesamten modernen Sozialversicherung kann man allgemein feststellen, dass sie gegenwärtig eine starke Tendenz zur Vereinheitlichung, Vereinfachung und Rationalisierung ihres gesamten Systems zeigt [2]). Das Problem der Vereinheitlichung in der Sozialversicherung wird Gegenstand des nächsten Kapitels sein. Hier beschäftigt uns vorab nur die Frage nach den Entwicklungstendenzen in Bezug auf den Umfang, die Finanzierung, die Organisation und die Leistungen der Sozialversicherung.

1. Entwicklungstendenzen hinsichtlich des Umfangs der Sozialversicherung.

„Die Sozialversicherung ist ursprünglich eine reine Arbeiterversicherung gewesen, wenn sie auch... Angestellte mitumfasste. Die Selbständigen waren von der Zwangsversicherung ausgeschlossen" [3]). Bald nach der Einführung der Sozialversicherung machte sich die Tendenz geltend, den Versichertenkreis immer mehr und mehr auszudehnen. Diese Bestrebungen sind auch ganz natürlich, weil die Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung von dem Gesetze der grossen Zahl abhängig ist; demzufolge arbeitet die Sozialversicherung am besten und günstigsten, wenn sie einem möglichst grossen Kreis von Versicherten umfasst.

Gegenwärtig findet die Tendenz allgemeine Anerkennung, die in vielen Ländern schon verwirklicht worden ist, nämlich die gesamte Arbeiterschaft und die gesamte Angestelltenschaft in den Versichertenkreis der Sozialversicherung ein-

---

1) Diesbezüglich siehe insbesondere P. Moldenhauer: Art. Sozialversicherung. H. d. St. Ergänzungsband. Jena 1929. 4. Aufl. S. 828—839: „II. Entwicklungstendenzen der jüngsten Zeit".

2) Hinsichtlich der gegenwärtig starken Tendenz zur Rationalisierung und Vereinheitlichung der Sozialversicherungen der einzelnen Staaten siehe auch I. Argeşeanu: Raţionalizarea sistemelor naţionale de asigurări sociale, Politica Socială, Anul IV, Nr. 102—108.

3) Moldenhauer: H. d. St., a. a. O. S. 828.

zubeziehen, allerdings in den meisten Ländern unter der Voraussetzung einer jährlichen Höchstverdienstgrenze. Diese jährliche Höchstverdienstgrenze war ursprünglich gesetzt worden, weil man in der Sozialversicherung in erster Linie diejenigen sozialen Gruppen erfassen wollte, die die Sozialversicherung am dringendsten brauchen, weil sie nicht in der Lage sind, ihre Existenz und die ihrer Familien gegen die Unsicherheit der Zukunft selbst zu schützen. Diese Erwägungen spielen auch heute noch eine bedeutende Rolle in der Sozialversicherung.

Hinsichtlich der Lohnarbeiter lässt sich feststellen, dass diese, soweit sie in Handel und Gewerbe tätig sind, in fast allen Sozialversicherungseinrichtungen versicherungspflichtig sind; die landwirtschaftlichen Arbeiter dagegen stehen in vielen Ländern aus finanziellen Gründen noch ausserhalb der Sozialversicherung. Jedoch besteht auch hier heute die Tendenz, die landwirtschaftlichen Arbeiter in die obligatorische Sozialversicherung einzubeziehen. Insbesondere das Internationale Arbeitsamt in Genf beschäftigt sich gegenwärtig ernstlich mit dieser Frage [1]).

Desweitern streben die Sozialversicherungen fast aller Länder danach, alle Hausgehilfen ebenso wie die Heimarbeiter und Hausgewerbetreibenden in die obligatorische Sozialversicherung einzubeziehen.

Mehr umstritten ist die Frage der Einbeziehung der Handwerker, kleinen Gewerbetreibenden usw., mit anderen Worten, der kleinen Selbständigen überhaupt [2]). In

---

1) Diesbezüglich siehe die folgenden Übereinkommen des Internationalen Arbeitsamtes: Empfehlung betreffend die Arbeitslosigkeit in der Landwirtschaft. 3. Tagung. Genf 25. Okt. — 19. Nov. 1921; Empfehlung betreffend die Mutterschaftsfürsorge in der Landwirtschaft. 3. Tagung, 1921; Übereinkommen betreffend die Unfallentschädigungspflicht in der Landwirtschaft. 3. Tagung. 1921; Empfehlung betreffend die Sozialversicherung für die Landwirtschaft. 3. Tagung 1921; Übereinkommen betreffend die Krankenversicherung der landwirtschaftlichen Arbeiter. 10. Tagung. Genf 25. Mai — 16. Juni 1927; Übereinkommen betreffend die Pflichtversicherung der Arbeitnehmer der landwirtschaftlichen Unternehmungen für den Fall des Alters (1933); desgleichen für den Fall der Invalidität (1933) und für den Fall des Ablebens (1933).

2) Vergl. Moldenhauer — H. d. St. — a. a. O. — S. 828.

einigen Ländern, wie z.B. in Rumänien, wurden sie in die Pflichtversicherung einbezogen ; in anderen Ländern aber, wie z.B. in Deutschland, besteht für sie im allgemeinen nur die Möglichkeit einer freiwilligen Selbstversicherung bei den Sozialversicherungsanstalten. Aber auch hinsichtlich dieser kleinen Selbständigen setzt sich mehr und mehr das Bestreben durch, sie in die Sozialversicherung einzugliedern, weil sie — wie schon früher erwähnt — der Arbeitnehmerschaft viel näher stehen als der Arbeitgeberschaft, indem ihre Haupteinnahmen aus ihrer eigenen Arbeit und nicht aus einem angelegten Kapital fliessen.

Gelegentlich findet sich sogar die Tendenz, gewisse freie Berufe in die Sozialversicherung einzubeziehen [1]).

Diese Tendenz, den Versichertenkreis der Sozialversicherung immer mehr und mehr auszudehnen, ist sogar so weit gegangen, dass einige Länder die Gesamtheit ihrer Erwerbstätigen und andere sogar die gesamte Volksgemeinschaft, allerdings unter gewissen Voraussetzungen, den obligatorischen Sozialversicherungen unterworfen haben. So gibt es beispielsweise eine Sozialversicherung sämtlicher Erwerbstätigen in Portugal; eine obligatorische Volksversicherung, d. h. eine Sozialversicherung für die ganze Volksgesamtheit gibt es dagegen in Schweden und Dänemark [2]).

Man kann daher ganz allgemein in der Sozialversicherung die Tendenz feststellen, heute den Kreis der Versicherten auf alle diejenigen Personen auszudehnen, deren Existenz von ihrer eigenen Arbeit abhängt.

Was die Versicherungsfälle bzw. die Versicherungszweige anbelangt, so kann man hinsichtlich der Unfallversicherung zusammen mit der Unfallentschädigungspflicht feststellen, dass sie in fast allen Ländern der Erde eingeführt worden ist. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse in der Kranken,- und Mutterschaftsversicherung sowie der Invaliditäts-, Alters- und Todes-Versicherung. Weniger verbreitet ist die Arbeitslosenversicherung. Es besteht jedoch allgemein die Tendenz, alle diese Versicherungs-

1) Vergl. auch Moldenhauer — H. d. St. — a. a. O. — S. 828—9.
2) Vergl. auch die Ausführungen auf S. 85 dieser Arbeit.

zweige immer mehr und mehr zu verbreiten, und zwar nicht nur in solchen Ländern, die bisher die Sozialversicherung noch nicht eingeführt haben, sondern auch innerhalb derjenigen Länder, die schon ein Sozialversicherungssystem haben, dieselbe auf einen möglichst grossen Kreis von Versicherten auszudehnen.

In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die erste und bisher einzige Verwirklichung einer obligatorischen Tuberkulosenversicherung in Italien hingewiesen, die bisher die einzige derartige Sozialversicherungseinrichtung in der Welt ist.

2. Entwicklungstendenzen hinsichtlich der Finanzierung der Sozialversicherung.

Bezüglich der Finanzierung macht sich fast überall das Bestreben geltend, die Fonds einer Sozialversicherung innerhalb eines Landes ständig zu vergrössern, sodass die Sozialversicherung eine der bedeutendsten und grössten sozialen Einrichtungen in fast allen Staaten geworden ist.

Hinsichtlich der Beiträge geht die Entwicklung ganz allgemein dahin, die Beiträge zu gleichen Teilen auf die Arbeitgeber und die Versicherten zu verteilen. Diese Parität der Beitragsverteilung wurde beispielsweise in Rumänien in dem Einheitsgesetz 1933 und in Deutschland in dem Aufbaugesetz von 1934 für alle Versicherungszweige eingeführt.

Bei der Erhebung der Sozialversicherungsbeiträge geht die Tendenz dahin, die Beiträge so weit wie möglich als einheitliche Beiträge für alle Versicherungszweige gleichzeitig und durch dieselben Versicherungsträger zu erheben. Das ist z.B. der Fall in Österreich und in Deutschland, insbesondere nach dem Aufbaugesetz von 1934.

Was der Erhebungsverfahren anbetrifft, so wird immer mehr das Verfahren des Abziehens der Beiträge nach den Gesamtlohnlisten bevorzugt gegenüber dem Markenverfahren. Immerhin bleibt das Markenverfahren für kleine Unternehmungen vor wie nach die geeignetste Erhebungsweise.

Unter den verschiedenen Deckungssystemen in der Sozialversicherung wird heute im allgemeinen das Kapitaldeckungsverfahren immer mehr bevorzugt, aber nur hinsichtlich der langfristigen Ri-

siken, d.h. hinsichtlich der Rentenversicherungen, weil das Kapitaldeckungsverfahren nur für diese Risiken in Frage kommt. Andererseits sind die Sozialversicherungen weitgehend bemüht, auf dem Wege des Umlagedeckungsverfahrens grössere Reservefonds oder Rücklagen zu bilden, wodurch das Umlageverfahren eine grosse Sicherheit bietet.

Auch die finanzielle Selbständigkeit der einzelnen Versicherungsträger wird heute vielfach durchbrochen, und zwar als man dazu übergeht, Gemeinlasten oder Sonderlasten zu bilden [1]). Diese Gemeinlasten bedeuten eine gemeinsame finanzielle Deckung der Lasten durch sämtliche oder mehrere Versicherungsträger zusammen, und dient zum Ausgleich ungerechtfertigter Verschiedenheiten in der Höhe der Beiträge und der Leistungen. Obwohl die finanzielle Selbständigkeit der einzelnen Versicherungsträger verletzt wird, ist die Bildung von Gemeinlasten eine wertvolle Einrichtung, weil durch sie die finanziell stärker belasteten Versicherungsträger von denjenigen entlastet werden, die finanziell günstig gestellt sind.

3. Entwicklungstendenzen hinsichtlich der Organisation der Sozialversicherung.

In der Organisation der Sozialversicherung macht sich immer mehr die Tendenz zur Vereinheitlichung der ganzen Organisation der Sozialversicherung geltend. Damit ist gleichzeitig eine Vereinfachung und Rationalisierung der Organisation eng verbunden. Man sucht eine Organisation von höchstmöglicher Leistungsfähigkeit zu schaffen, die gleichzeitig möglichst niedrige Verwaltungskosten verursacht und möglichst wenig Spielraum für etwaige Missbräuche lässt. Im einzelnen soll an dieser Stelle nicht näher auf das Problem der Vereinfachung und der Rationalisierung der Organisation in der Sozialversicherung eingegangen werden wegen seiner engen Verknüpfung mit dem Problem der Vereinheitlichung, welches im nächsten Kapitel eingehend erörtert werden wird.

Hinsichtlich der Organisationseinheiten der Versicherungsträger wird mehr und mehr der örtliche Typ der Versicherungsträger bevorzugt.

---

1) Vergl. Moldenhauer: H. d. St., a. a. O., S. 836.

4. Entwicklungstendenzen hinsichtlich der Leistungen der Sozialversicherung.

Unter den verschiedenen Leistungen der Sozialversicherung spielt die Schadenverhütung und Schadenvorbeugung eine immer grössere Rolle. Ursprünglich glaubte man, dass die Sozialversicherung in erster Linie dazu geschaffen sei, um die entstandenen Schäden zu beheben. Allmählich hat man aber erkannt, dass die Schadenverhütung, Unfallverhütung Krankheitsverhütung, Heilverfahren, vorbeugende Fürsorge, usw. im Versicherungsfälle viel wichtiger sind als die Schadenentschädigung, sodass diese Massnahmen heute fast an die erste Stelle in der Sozialversicherung getreten sind. So schreibt Kaufmann: „Schon bald brach sich aber weitergehend die Erkenntnis durch, dass die letzten Ziele der Arbeiterversicherung nicht in der Überwindung von Schadenwirkungen gipfeln, dass der Schutz gegen Arbeitsunfähigkeit wichtiger ist als die Sorge für die Arbeitsunfähigen, und dass die Arbeiterversicherung ihre Aufgabe am besten erfüllt, wenn sie möglichst an die Quellen der Schädigungen herantritt" [1]).

Die Schadenverhütung gewinnt also eine immer grössere Bedeutung in fast allen Sozialversicherungseinrichtungen und wird immer mehr zu einem wichtigen Bestandteil derselben [2]). So sagt auch Manes: „Erst neuerdings ist man zu der Auffassung gekommen, dass es sich aus zahlreichen Gründen empfiehlt, vor allem die Ursachen der Schädigung und erst dann die dennoch eingetretenen Schäden zu beseitigen, also an erster Stelle, soweit möglich, Vorbeugung als Hauptleistung der Sozialversicherung, an zweiter Stelle Wiederherstellung der Arbeitskraft und erst an letzter Stelle Geldleistungen" [3]).

So kann man das ständige Vordringen der Schadenverhütung innerhalb der wichtigsten Leistungen der Sozialversicherung als die bedeutendste Tendenz der gegenwärtigen Sozialversicherung hinsichtlich ihrer Leistungen ansehen.

---

1) Kaufmann: Art. Schadenverhütung. Versicherungslexikon. Berlin 1934. 2. Aufl. S. 1097.

2) Siehe auch die Ausführungen dieser Arbeit. S. 150 ff.

3) Manes: Versicherungswesen. III. Bd. a. a. O. S. 248.

Ferner bedarf es der besonderen Erwähnung, dass heute die Tendenz fast aller Sozialversicherungseinrichtungen der verschiedenen Länder dahin geht, möglichst alle Versicherungsfälle und alle Bedarfsfälle zu decken. So kommt man immer mehr und mehr zu der Auffassung, dass es nur ein einziges Risiko in der gesamten Sozialversicherung geben sollte, und zwar die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit der versicherten Personen, gleichgültig, in welcher Gestalt diese Beeinträchtigung eintritt, ob als Krankheit, Invalidität, Alter oder Tod. Diese Auffassung und diese Tendenz sind in den einheitlichen Sozialversicherungssystemen am besten verwirklicht worden.

Was die Höhe der Leistungen anbelangt, so macht sich allgemein die Tendenz geltend, die Leistungen der verschiedenen Sozialversicherungseinrichtungen immer reichlicher zu gestalten. Auf diesem Gebiet müssen insbesondere die Bestrebungen des Internationalen Arbeitsamts erwähnt werden, das durch viele Übereinkommen und Empfehlungen versucht hat, ein Minimum der zu gewährenden Leistungen sicher zu stellen.

ZWÖLFTES KAPITEL:

DAS PROBLEM DER VEREINHEITLICHUNG DER SOZIALVERSICHERUNGSEINRICHTUNGEN.

Wie schon früher erwähnt [1]), gibt es gegenwärtig ungefähr 250 verschiedene Sozialversicherungseinrichtungen in den einzelnen Ländern, und zwar:

130 Sozialversicherungseinrichtungen betreffend die Unfallversicherung und die Unfallentschädigungspflicht in 54 Ländern;

45 Kranken- und Mutterschaftsversicherungen in 31 Ländern und 75 Invaliditäts-, Alters- bzw. Todes-Versicherungen in 30 Ländern.

Aus diesen statistischen Angaben folgt eindeutig, dass die Sozialversicherung in ihrer gegenwärtigen Gestaltung noch eine gewisse Mannigfaltigkeit und Zersplitterung nicht nur von Land zu Land, sondern auch innerhalb der meisten Länder aufweist. Diese

1) Vergl. S. 333 in dieser Arbeit.

Mannigfaltigkeit und Zersplitterung hat keine logische, sondern nur eine historische und praktisch-politische Rechtfertigung, und zwar wurden die verschiedenen Sozialversicherungseinrichtungen nicht alle auf einmal eingeführt, sondern erst allmählich im Laufe der Zeit. Daher standen sie bei ihrer Einführung unter dem Einfluss verschiedener Umstände, nämlich der allgemeinen ökonomischen Lage, der Finanzkraft des betreffenden Landes, ob die Einstellung der Arbeitnehmerschaft und der Arbeitgeberschaft gegenüber der Sozialversicherung günstig oder ungünstig war u.a.m. Aus diesem Grunde haben die verschiedenen Sozialversicherungseinrichtungen, selbst wenn sie später eingeführt wurden, sich nicht immer die neuesten Verbesserungen zu Nutze gemacht und sind nicht immer dem jeweiligen Fortschritte ihrer Zeit angepasst worden. So schreibt H. v. Waldheim über die deutsche Sozialversicherung, die ziemlich zersplittert sei, obwohl sie doch eine der leistungsfähigsten Sozialversicherungen sei, folgendes: „Soweit man überhaupt 1881 „wusste, was man wollte", wollte man die Sozialversicherung als ein einheitliches, engverzahntes System mit möglichst engverbundenen, möglichst einheitlichen Organen aufbauen. Besser noch als Schmoller und Posadowsky, die von Planlosigkeit und Ueberstürzung beim Aufbau der Sozialversicherung sprachen, haben Sartorius von Waltershausen und Rothfels die Zersplitterung der deutschen Sozialversicherung aus Notwendigkeiten der politischen Taktik heraus erklärt" [1]).

Daneben muss aber berücksichtigt werden, dass die deutsche Sozialversicherung gegenwärtig ungefähr 24 Millionen Versicherte umfasst und die Bildung einer einzigen einheitlichen Versicherungsorganisation für so viele Millionen Versicherte keineswegs einfach zu lösen wäre.

Die Zersplitterung und die Mannigfaltigkeit in der Gestaltung der verschiedenen Sozialversicherungseinrichtungen der Welt müssen aber einmal überwunden werden. Daraus erklärt sich das allgemeine Streben nach Vereinfachung und Rationalisierung der Sozialversicherung. Insbesondere sind hier die jüngsten Bestrebun-

1) H. v. Waldheim: Zeitgemässe Reformen der deutschen Sozialversicherung in historischer und wirtschaftlicher Beleuchtung. Berlin 1930. S. 5—6.

gen des Internationalen Arbeitsamts zu erwähnen [1]). Aber sowohl die Rationalisierung wie auch die Vereinfachung der Sozialversicherung sind eng verbunden mit dem Problem der Vereinheitlichung, das im wesentlichen auf diesen beiden begründet ist.

Um das Problem der Vereinheitlichung der Sozialversicherung erörtern zu können, bedarf es zuvor der Klärung der Begriffe „Vereinheitlichung" und „einheitliches Sozialversicherungssystem". Nach Manes ist ein vollkommenes Einheitssystem nur dann verwirklicht, „wenn eine einzige oberste Zentralstelle vorhanden wäre unter selbstverständlicher Einrichtung zahlreicher örtlicher Verwaltungsstellen, derart jedoch, dass nur stets ein und dieselbe für alle Risiken in Betracht käme" [2]). Manes nennt also zwei wichtige charakteristische Merkmale: das Vorhandensein einer einheitlichen Organisation — eine einzige oberste Zentralstelle und mehrere untergeordnete örtliche Verwaltungsstellen und die gemeinsame Deckung aller Risiken. Dazu kommen aber noch die folgenden wichtigen Gesichtspunkte:

a) Es muss ein einziges einheitliches Gesetz für die Durchführung des ganzen einheitlichen Systems geschaffen werden;

b) es darf nur ein einziger einheitlicher Beitrag für die Deckung aller Risiken zusammen erhoben werden, der von den Versicherten und ihren Arbeitgebern zu gleichen Teilen zu tragen ist; und endlich

c) sollen alle Einkommen und Vermögen aller Versicherungsträger zusammen einen gemeinsamen Fonds bilden nämlich den Fonds der gesamten Sozialversicherungseinrichtung.

Das einheitliche Sozialversicherungssystem erfasst demzufolge alle gegenwärtig vorhandenen verschiedenen Sozialversicherungs-

---

1) Es ist noch zu erwähnen, dass im Mai 1935 ein internationaler Kongress der Sachverständigen auf dem Gebiete der Sozialversicherung in Budapest stattgefunden hat. Dieser Kongress kam auch zu dem bedeutsamen Entschluss, dass die Verwirklichung der Vereinheitlichung in der Sozialversicherung grosse Ersparnisse und ein ausgezeichnetes Funktionieren der ganzen Einrichtung mit sich bringen werde. Diesbezüglich siehe I. Argeşeanu: Raţionalizarea sistemelor naţionale de asigurări sociale. Politica Socială, anul IV, Nr. 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108.

2) Manes: Versicherungswesen. III. Bd., a. a. O. S. 226.

zweige eines Landes in einer einzigen einheitlichen Einrichtung. Die Versicherten der einzelnen Versicherungszweige zahlen in diesem einheitlichen System einen einzigen Beitrag und werden dadurch gegen alle Versicherungsfälle versichert. Bei dem Einheitssystem findet somit die Auffassung von der Deckung eines einheitlichen Risikos ihre vollkommenste Verwirklichung. Dieses einheitliche Risiko ist die Beeinträchtigung der menschlichen Erwerbsfähigkeit, gleichgültig, in welcher Form sie auch eintritt: als Krankheit, Mutterschaft, Unfall, Invalidität, Alter, Tod oder Arbeitslosigkeit.

Die Leistungen werden in einem solchen Einheitssystem wegen der gemeinsamen Deckung aller Versicherungsfälle in drei Gruppen eingeteilt: 1. Sachleistungen, 2. Renten und 3. andere Geldleistungen. Dazu kommen noch die Leistungen in der Form der Schadenverhütung, die insbesondere bei einem Einheitssystem von höchster Bedeutung sind.

Die Organisation der Versicherungsträger folgt in einem Einheitssystem im Gegensatz zu dem Mehrheitssystem nicht dem Berufs-, sondern dem Territorialprinzip. Die oberste Zentralstelle hat die grosse Aufgabe, die gesamte Tätigkeit der gesamten Sozialversicherungseinrichtungen zu leiten und zu beaufsichtigen, und die gesamten Fonds der Sozialversicherung zu verwalten. So fliessen ihr sämtliche Einnahmen der Sozialversicherung zu und werden von hier den örtlichen Versicherungsträgern je nach Bedarf wieder zugeleitet. Infolgedessen übernimmt die oberste Zentralstelle in einem einheitlichen System selbst die Rolle einer Gemeinlast, d.h. einer gemeinsamen finanziellen Deckung der Lasten der örtlichen Versicherungsträger. Was diese örtlichen Versicherungsträger anbetrifft, so sind diese einheitlichen örtlichen Organe der Zentralstelle in ihrem Bezirk für die Erhebung sämtlicher Beiträge und sämtlicher Einnahmen der Sozialversicherung, für die Gewährung sämtlicher Leistungen und für die Zahlung anderer entsprechenden Ausgaben verantwortlich.

Ein fast vollkommenes einheitliches Sozialversicherungssystem gibt es — wie schon früher erwähnt[1]) — in Rumänien, kraft

1) Für näheres siehe: Die heutige Lage der Sozialversicherung in Rumänien. S. 242 ff.

des Gesetzes zur Vereinheitlichung der Sozialversicherung vom 7. April 1933. Dieses System sieht die Versicherung aller versicherten Personen vor für den Fall der Krankheit, Mutterschaft, Unfall, Berufskrankheiten, Invalidität, Alter und Tod. Alle vorkommenden Versicherungsfälle werden von dem rumänischen einheitlichen Sozialversicherungssystem gedeckt, mit Ausnahme der Arbeitslosigkeit.

Die Träger dieser einheitlichen Organisation der rumänischen Sozialversicherung sind:

1 oberste Versicherungsanstalt — die Zentralkasse — und 32 örtliche Versicherungskassen.

Für die Deckung aller Versicherungskassen haben die Versicherten nur einen einheitlichen Beitrag zu zahlen. Die einheitlichen Beiträge betragen 6% der Grundlöhne der einzelnen 5 Lohnklassen, und sind gleich hoch für das ganze Staatsgebiet, weil es keine Gefahrenklassen gibt, und werden von den Versicherten und ihren Arbeitgebern zu gleichen Teilen getragen. Ausserdem sollen diejenigen Unternehmungen, die mehr als 10 versicherte Personen beschäftigen, noch einen Zuschussbeitrag in Höhe von 1.20% der Grundlöhne zahlen, der zur Bestreitung der Unfallversicherungskosten dient. In dieser Weise hat die rumänische Sozialversicherung auch die umstrittene Frage der Einbeziehung der Unfallversicherung in das Einheitssystem gelöst.

Ein fast vollkommenes einheitliches Sozialversicherungssystem gibt es ferner in Bulgarien für die folgenden Versicherungsfälle: Krankheit, Mutterschaft, Betriebsunfälle, Berufskrankheiten, Invalidität, Alter und Tod[1]). Das einzige nicht einbezogene Risiko — die Arbeitslosigkeit — wird von einer besonderen Versicherungseinrichtung erfasst.

Oberste Verwaltungsanstalt in dem bulgarischen Einheitssystem ist der „Sozialversicherungsfonds", der auf Grund des Gesetzes vom 6. März 1924 die Unfall-, Kranken- und Mutterschaft-, Invaliden- und Altersversicherung verwaltet. Kraft dieses Gesetzes verwaltet der „Sozialversicherungsfonds" auch die Arbeitslosenversicherung; dementsprechend ist er praktisch die

1) Diesbezüglich siehe Internationales Arbeitsamt: Les services sociaux en 1933, a. a. O. S. 171—175.

oberste Versicherungsanstalt für alle Versicherungszweige bezw. Versicherungsfälle.

In der Aufbringung der Mittel ist die Einheitlichkeit indessen nicht mehr so vollkommen gewährt. Die Kosten der Unfallversicherung werden von den Arbeitgebern allein getragen. Für die anderen Versicherungsfälle werden zwei weitere Beiträge erhoben, u. zwar: ein Beitrag für die Deckung der Krankheits- und Mutterschaftsversicherung und der zweite für die Deckung der Invaliden- und Altersversicherung. Diese beiden Beiträge sind jedoch gleich hoch.

In Sowjetrussland (U. d. S. S. R.) gibt es ebenfalls ein fast vollkommenes einheitliches Sozialversicherungssystem, dessen Organisation aber gewisse Abweichungen von den bisher geschilderten Einheitssystemen aufweist [1]).

Die einheitliche Organisation der Versicherungsträger des russischen einheitlichen Systems hat ebenfalls eine oberste Zentralstelle und mehrere örtliche Verwaltungsstellen; aber die oberste Zentralstelle ist der Zentralgewerkschaftsrat und örtliche Verwaltungsstellen sind die Gewerkschaften selbst. Die Träger der russischen Sozialversicherung sind also keine eigentlichen Versicherungsanstalten, die sich ausschliesslich nur mit den Aufgaben der Sozialversicherung beschäftigen. Neben dem Zentralgewerkschaftsrat bestehen noch 163 Gewerkschaftsverbände, die mit dem Zentralgewerkschaftsrat zusammen die Verwaltung, Leitung und Überwachung der gesamten Sozialversicherung durchführen. Mit den sämtlichen Fonds der Sozialversicherung haben aber diese obersten Anstalten nicht viel zu tun. Örtliche Versicherungsträger sind, wie schon erwähnt, die Gewerkschaften. Unter diesen bestehen noch als unterste Versicherungsorgane die Zahlstellen bei den Betriebsausschüssen [2]).

Die Beiträge werden in einem einzigen Betrag zur Deckung aller Versicherungsfälle erhoben; sie sind indessen nur einheitlich hinsichtlich einer oder mehrerer Unternehmungen, aber nicht für

---

1) Diesbezüglich siehe Internationales Arbeitsamt: Les services sociaux en 1933, a. a. O. S. 681—694.

2) Vergl. auch Internationales Arbeitsamt: Internationales Jahrbuch der Sozialpolitik 1934—35. Bd. I. Genf 1935. S. 286—287.

das ganze Staatsgebiet, weil es verschiedene Gefahrenklassen und Tarife gibt. Demzufolge müssen die Unternehmungen verschieden hohe Beiträge entrichten. Ferner werden die Beiträge von den Unternehmern allein entrichtet; die Versicherten tragen überhaupt nicht dazu bei. Schliesslich müssen die Unternehmer noch bestimmte Zuschussbeiträge zahlen für die Auffüllung des Fonds zur Finanzierung des Arbeiterwohnungsbaus.

Was die Deckung der Versicherungsfälle anbetrifft, so werden von dem russischen Sozialversicherungssystem alle Versicherungsfälle mit Ausnahme der Arbeitslosigkeit erfasst.

Auch Chile hat ein einheitliches Sozialversicherungssystem. Das chilische einheitliche Sysfem umfasst aber nur die Kranken-, Mutterschafts-, Invaliditäts-, Alters- und Sterbegeldversicherung und erstreckt sich lediglich auf die Arbeiter [1]).

Die Organisation der Versicherungsträger in dem chilischen einheitlichen System besteht aus einem obersten Versicherungsträger, der Zentralsozialversicherungsanstalt und aus mehreren örtlichen Verwaltungsstellen.

Die notwendigen finanziellen Mittel werden durch einheitliche Beiträge, aber auch durch eine besondere Steuer aufgebracht. Die einheitlichen Beiträge betragen 6% der Löhne und werden von dem Versicherten, Arbeitgeber und dem Staate folgendermassen aufgebracht: 3% trägt der Arbeitgeber, 2% der Versicherte und 1% der Staat. Im Bergbau und in drei bestimmten Provinzen sind die Beiträge höher, und zwar in dem Verhältnis von 4, 3 und 2% für die oben erwähnten Gruppen.

Obwohl das chilische Einheitssystem nur einige Versicherungsfälle umfasst, so sind doch in Chile die Bestrebungen sehr stark, den Aufgabenkreis dieses Einheitssystems zu erweitern. So stellt das Internationale Arbeitsamt diesbezüglich fest: „Schliesslich kam es zu interessanten Erörterungen über die Vereinheitlichung oder Zusammenfassung der Unfallversicherung und der Kranken-, Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung" [2]).

1) Diesbezüglich siehe Internationales Arbeitsamt: Les services sociaux en 1933, a. a. O. S. 230—232.

2) Internationales Arbeitsamt: Internationales Jahrbuch der Sozialpolitik 1934—1935, a. a. O. S. 243.

In der jüngsten Zeit hat Polen auch eine gewisse Vereinheitlichung der Sozialversicherung durchgeführt, aber nur in Bezug auf die Verwaltung der Sozialversicherung. Hierüber berichtet das Internationale Arbeitsamt folgendes: „Das Sozialversicherungsgesetz vom 28. März 1933 hatte drei Arten von Versicherungsträgern vorgesehen, und zwar: 1. die regionalen Sozialversicherungskassen, insgesamt 67, denen die gesamte Beitragseinhebung und die Erbringung der Leistungen der Krankenversicherung obliegt; 2. vier zentrale Versicherungsträger, und zwar je eine Anstalt für die Krankenversicherung, für die Unfallversicherung, für die Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiter und für die Rentenversicherung der Geistesarbeiter; 3. die Sozialversicherungskammer, welche die Tätigkeit der Kassen und Zentralanstalten vereinheitlichen sollte".

„Die Verordnung vom 24. Oktober 1934 bringt den Zusammenschluss der vier Zentralanstalten und der Sozialversicherungskammer zu einer einzigen Anstalt, deren Vollzugsorgane die Sozialversicherungskassen sind, solange nicht die Anstalt selbst die in der Satzung vorgesehenen Ortsstellen errichtet" [1]).

Wie schon oben erwähnt, ist die Vereinheitlichung aber keine vollkommene, weil „innerhalb der Anstalt die verschiedenen Wagnisse — Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, Invalidität, Alter und Ableben der Arbeiter, Invalidität, Alter, Ableben und Arbeitslosigkeit der Geistesarbeiter — finanziell getrennt bleiben. Für jedes Wagnis wird ein besonderer Fonds geschaffen, dem die Einnahmen gutgeschrieben und die Ausgaben für das jeweilige Wagnis angetastet werden" [2]).

In Frankreich gibt es ebenfalls ein unvollkommenes Einheitssystem, das die folgenden Versicherungsfälle einheitlich deckt: Krankheit, Mutterschaft, Invalidität, Alter und Tod [3]).

Dieses Sozialversicherungssystem erhebt zwar einheitliche

---

1) I. A. A.: Internationales Jahrbuch der Sozialpolitik 1934—35, a. a. O. S. 274.

2) Ebenda.

3) Diesbezüglich siehe I. A. A.: Les services sociaux en 1935, a. a. O. S. 327—336.

Beiträge für die Deckung der oben erwähnten Versicherungsfälle, hat aber keine oberste Zentralkasse, wie es im allgemeinen bei einem Einheitssystem als notwendig erachtet wird. Ausserdem erstreckt sich dieses französische „einheitliche" Sozialversicherungssystem nicht über das ganze Staatsgebiet und erfasst nicht alle in Frankreich obligatorisch versicherten Personen, sondern neben diesem System bestehen noch andere sozialen Versicherungseinrichtungen, so beispielsweise : die Sozialversicherungseinrichtungen in Elsass-Lothringen, die noch getrennte Versicherungszweige haben, wie in Deutschland, ferner die Sozialversicherungseinrichtung der Bergarbeiter, der Seeleute usw.[1]).

Eine teilweise Vereinheitlichung mit einer obersten Zentralsozialversicherungsanstalt gibt es in der Tschechoslowakei, und zwar hinsichtlich der Arbeiterversicherung. „Die Arbeiterversicherung versichert die in gewerblichen, kaufmännischen oder landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Arbeiter, Heimarbeiter und Hausangestellten gegen die Fälle der Krankheit, der Invalidität, des Alters und des Ablebens. Die Krankenversicherung beruht auf dem Umlageverfahren, die Pensionsversicherung auf dem Kapitaldeckungsverfahren mit Durchschnittsprämien. Jene wird von den Krankenkassen, diese von der Zentralsozialversicherungsanstalt durchgeführt"[2]).

Jugoslawien hat insofern eine gewisse Vereinheitlichung der Sozialversicherung durchgeführt, als die Zentralanstalt für Arbeiterversicherung die Kranken- und Unfallversicherungszweige einheitlich verwaltet[3]).

In Italien gibt es eine gewisse einheitliche Organisation für die Tuberkulosen-, Invaliditäts-, Alters-, Hinterbliebenen- und Arbeitslosenversicherung, in dem alle diese Versicherungszweige von derselben obersten Zentralanstalt verwaltet und geleitet wer-

---

1) Diesbezüglich siehe I. A. A.: Les services sociaux en 1933, a. a. O., S. 336—385.

2) I. A. A.: Internationales Jahrbuch der Sozialpolitik, 1934—1935, a. a. O., S. 284.

3) Ebenda. S. 258—259.

den, und zwar von der faschistischen Nationalanstalt für soziale Fürsorge.

Eine teilweise Vereinheitlichung wurde kürzlich auch in Österreich durchgeführt. Und zwar ist durch das Gesetz von 1935 ein einheitlicher Beitrag für sämtliche Sozialversicherungszweige — Kranken-, Invaliditäts-, Alter-, Hinterbliebenen-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung — bestimmt worden. Dieser Einheitsbeitrag ist auf 20% der Lohnsumme für alle versicherten Arbeiter und Angestellten festgesetzt und wird zu gleichen Teilen von den Versicherten und ihren Arbeitgebern getragen [1]).

Das Gesetz hat ferner die Träger der Krankenversicherung und die der Rentenversicherungen vereinigt, wie in Deutschland nach dem Aufbaugesetz von 1934. Und zwar sind die Träger der Krankenversicherung örtliche Versicherungsanstalten der Träger der Rentenversicherungen [2]).

Deutschland besitzt schon seit langer Zeit in der Knappschaftsversicherung ein einheitliches Sozialversicherungssystem. Indessen ist die Knappschaftsversicherung der kleinste Sozialversicherungszweig im deutschen Sozialversicherungssystem.

Die einheitliche Organisation der deutschen Knappschaftsversicherung besteht aus einer obersten Versicherungsanstalt — der Reichsknappschaft — und aus 17 örtlichen Versicherungsträgern — den Bezirksknappschaften [3]).

Die Knappschaftsversicherung deckt die folgenden Versicherungsfälle: Krankheit, Mutterschaft, Invalidität, Alter und Tod.

Die notwendigen finanziellen Mittel werden durch einheitliche Beiträge aufgebracht, die zur Deckung aller oben genannten Versicherungsfälle dienen. Diese einheitlichen Beiträge werden zu 3/5 von den Versicherten und zu 2/5 von ihren Arbeitgebern getragen.

Im übrigen hat in Deutschland immer eine starke Tendenz zu einer weiteren Vereinheitlichung der Sozialversicherung bestanden.

---

1) Diesbezüglich siehe Internationales Arbeitsamt: l'Année Sociale 1935—1936, Genève 1936. S. 240.

2) I. Argeşeanu: Raţionalizarea sistemelor naţionale de asigurări sociale. Politica Socială, anul IV, Nr. 107.

3) Siehe auch S. 224—225 dieser Arbeit.

Aus früheren Zeiten ist die Einführung der Reichsversicherungsordnung zu erwähnen, die von 1911 und bis auf den heutigen Tag ein Einheitsgesetz für die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherungszweige geblieben ist[1]).

Auch das Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 bedeutet einen wesentlichen Schritt vorwärts im Sinne einer Vereinheitlichung der Sozialversicherung in Deutschland.

Die Zwecksetzung wird auch im Gesetzestext des Aufbaugesetzes ausdrücklich in der Einleitung hervorgehoben, indem es dort heisst: „um Zersplitterung und Unübersichtlichkeit in der Sozialversicherung zu beseitigen und durch eine einheitliche Zusammenfassung ihrer Leistungsfähigkeit zu stärken".

Vor allem hat das Aufbaugesetz erheblich zu der Vereinheitlichung der Träger der Krankenversicherung — der Krankenkassen — und der Träger der Invalidenversicherung — der Landesversicherungsanstalten — beigetragen. Und zwar bestimmt das Aufbaugesetz, dass die Krankenkassen für die Landesversicherungsanstalten die örtlichen Aufgaben der Invalidenversicherung durchzuführen haben und auf der anderen Seite, dass die Landesversicherungsanstalten selbst Träger der Krankenversicherung sind, insoweit es sich um Gemeinschaftsaufgaben handelt, d. h. um solche Aufgaben, die zweckmässig gemeinsam für ihren zuständigen Bezirk durchgeführt werden.

Des weiteren bestimmt das Aufbaugesetz, dass die örtliche Landesversicherungsanstalt und der örtliche Gemeindeunfallversicherungsverband eine Verwaltungsgemeinschaft unter einheitlicher Führung bilden sollen (Abschn. II — Art. 2 — § 2).

Ferner ist es von grossen Wichtigkeit, dass nunmehr der Reichsarbeitsminister Vorschriften über einen einheitlichen Beitragseinzug für die Kranken- und Rentenversicherung erlassen kann (Abschn. II, Art. 8, § 4).

Ebenso bedeutsam ist die Bestimmung des Aufbaugesetzes, nach der das Reichsversicherungsamt oberste Spruch-, Beschluss- und Aufsichtsbehörde über die gesamte deutsche Sozialversicherung ist (Abschn. III)

---

1) Vergl. Moldenhauer: H. d. St., a. a. O. S. 829.

Ausserhalb des Bereiches des Aufbaugesetzes kann das Einzugsverfahren in der Arbeitslosenversicherung ebenfalls als ein Schritt im Sinne der Vereinheitlichung der Sozialversicherung bezeichnet werden; sämtliche Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden nämlich von den Krankenkassen eingezogen. Diese Bestimmung wurde zusammen mit dem Arbeitslosenversicherungsgesetz von 1927 eingeführt. Aber auch die seit langer Zeit verbreitete Tendenz zur Bildung von Kassenverbänden, Spitzenverbänden, Arbeitsgemeinschaften, usw., zwischen den Versicherungsträgern desselben oder mehrerer Sozialversicherungszweige [1]) liegt in dieser Richtung.

Hinsichtlich der somit von allen Seiten und seit langer Zeit erstrebten Vereinheitlichung der Sozialversicherung in Deutschland, ist der folgende preiswürdige Vorschlag von Lutz Richter besonders zu erwähnen: „Das organisatorische Gesamtbild einer im Rahmen des Möglichen und psychologisch Erstrebenswerten vereinheitlichten Sozialversicherung würde also das sein, dass drei versicherungstechnisch voneinander getrennte Versicherungszweige beständen: die Versicherung gegen Krankheit (einschliesslich unfallverursachter Behandlungsbedürftigkeit und Mutterschaft), die Versicherung gegen Erwerbsunfähigkeit langwieriger Art (einschliesslich der durch den Unfall entstandenen, gegebenenfalls gespalten in Arbeiter- und Angestellten-Rentenversicherung) und die Versicherung gegen Arbeitslosigkeit. Getragen würde die Krankenversicherung von mittelgrossen, räumlich zerstreuten Krankenkassen (Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, sowie der Seekrankenkasse, die nunmehr an die Reichsanstalt anzulehnen wäre; zugelassen blieben Ersatzkassen), die Invaliden- und Angestelltenversicherung und die Arbeitslosenversicherung unter getrennter Rechnungsführung von der einen Reichsanstalt. Dieser bliebe auch die Aufgabe der Arbeitsvermittlung. Deshalb, aber auch zu anderen Zwecken, müssten ihr die Aussenstellen belassen werden. Für die Aufgaben der Beitragseinhebung und der Auszahlung von Rentenleistungen, sowie der Krankenbehandlung für Rentner, überhaupt

---

1) Diesbezüglich siehe Moldenhauer: Handwörterbuch der Staatswissenschaften, a. a. O. S. 831.

für den Verkehr mit Versicherten und Arbeitgebern ausserhalb der Arbeitsmarktverwaltung wurde sie sich in weitem Umfange der Krankenkassen zu bedienen haben, während ihre eigenen Aussenstellen für Aufgaben mehr hoheitlicher Färbung, für Überwachung und dergleichen zu verwenden wären" [1]).

Nach Lutz Richter wäre also die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung als oberste Versicherungsanstalt der gesamten deutschen Sozialversicherung zu setzen [2]); die Unfallversicherung könnte als besonderer Zweig der Sozialversicherung verschwinden, d. h. sie könnte in die Kranken- und Rentenversicherung eingegliedert werden [3]).

Ein anderer Vorschlag betreffend die Vereinheitlichung und Rationalisierung der gesamten deutschen Sozialversicherung ist derjenige von L. Lang. Lang schlägt zwar die Bildung von „Kreisversicherungsgenossenschaften" als einheitliche Versicherungsträger für sämtliche Versicherungszweige vor: „Es kann für alle Versicherungszweige nur ein Versicherungsträger geschaffen werden. Dieser Träger heisst „Kreisversicherungsgenossenschaft". Er wird nach den Prinzipien der Selbstverwaltung auf regionaler Grundlage unter Berücksichtigung beruflicher Interessen aufgebaut. Sein Bezirk ist der Stadtkreis oder der Grosslandkreis, die die Grundlage für die kommunale Einteilung des neuen Deutschlands geben werden... Die Kreisversicherungsgenossenschaft ist „Träger" der Sozialversicherung. Sie führt die Aufgaben der Sozialversicherung durch, soweit nur eben die Versicherten und deren Arbeitgeber irgendwie mit der Versicherung in Berührung kommen"... „Die Kreisversicherungsgenossenschaft hat alle Leistungen zu gewähren, die heute in der Reichsversicherungsordnung, dem Angestelltenversicherungsgesetz, dem Reichsknappschaftsgesetz und dem Gesetz über Arbeitslosenversicherung und Arbeitsvermittlung enthalten sind" [4]).

---

1) Lutz Richter: Vereinheitlichung der Sozialversicherung. Berlin 1931. S. 36.

2) Ebenda. S. 28—29.

3) Ebenda. S. 31—33.

4) L. Lang: Rationalisierung der Sozialversicherung. Stuttgart 1929. S. 40 und 42.

Mit der Vereinheitlichung, d. h. mit der Verwirklichung eines einheitlichen Sozialversicherungssystems sind viele Vorteile verbunden; deshalb sollte das Einheitssystem zum Vorbild sämtlicher Sozialversicherungen aller Länder genommen werden.

Einige grosse Vorteile, die mit der Vereinheitlichung verbunden sind, wurden von dem Internationalem Arbeitsamt besonders treffend gekennzeichnet: „Deckt ein und derselbe Versicherungsträger den Versicherten gegen alle Risiken, so ist die Verwaltung vereinfacht und weniger kostspielig und demzufolge auch der soziale Ertrag der Versicherung grösser.

„Der Versicherungsträger stellt nur eine Mitgliedskarte aus, benötigt nur einen Lohnausweis, hebt einen Gesamtbeitrag für alle Versicherungszweige ein, hat nur eine Zahlstelle und einen Überwachungsdienst. Hieraus erwachsen sowohl dem Versicherten als auch dem Arbeitgeber, die stets nur mit einem Versicherungsträger zu tun haben, erhebliche Vorteile; auch dürfte der einheitliche Versicherungsträger mit einer geringeren Zahl von Beamten das Auslangen finden.

„Belangreicher als die vorangeführten Gesichtspunkte ist der folgende: der einheitliche Versicherungsträger kann infolge der Vereinigung der Mittel und Kräfte einen günstigeren sozialen Ertrag erzielen als mehrere organisch unverbundene Versicherungsträger. Der einheitliche Versicherungsträger hat eine genaue Kenntnis der Versicherten; er überwacht sie vom ersten Tage ihrer Erkrankung und ist demzufolge in der Lage, ihnen entsprechende Hilfe angedeihen zu lassen.

„Der einheitliche Versicherungsträger verfügt auch über eine vollständige Organisation der Heilbehandlung. Infolge der Konzentration der Geldmittel wird es möglich, Ambulatorien, Kliniken und Krankenheilanstalten ins Leben zu rufen, die über ein ausreichendes und fachlich geschultes Personal verfügen.

„Infolge des Bestandes eines einzigen Versicherungsträgers gibt es weder Kompetenzkonflikte noch Doppelversicherungen oder Lücken in der Versicherung" [1].

1) Internationales Arbeitsamt: Grundprobleme der Sozialversicherung, Reihe M, Nr. 1, Genf 1925, S. 136.

Der wesentlichste Vorzug des Einheitssystems ist also, dass es viel billiger arbeitet als ein Mehrheitssystem, weil es eine einheitliche Organisation und einen einheitlichen Beitrag zur Deckung sämtlicher Versicherungsfälle hat. Dagegen gibt es in einem Mehrheitssystem mehrere Versicherungszweige, die meist alle ihre eigene Organisation haben und verschiedene Beiträge erheben. Daher bestehen in einem Mehrheitssystem unnötigerweise mehrere Versicherungsanstalten nebeneinander, weil jeder Versicherungszweig seinen eigenen Versicherungsträger haben soll für die Erhebung der Beiträge, für die Gewährung der Leistungen, usw. Bei dem Mehrheitssystem kann es also an ein und demselben Ort mehrere Versicherungsanstalten geben, je nach der Zahl der verschiedenen Versicherungszweige. Bei dem Einheitssystem dagegen wird es an einem Orte nur einen einzigen Versicherungsträger geben, der die Beiträge für die Deckung aller Versicherungsfälle einheitlich erhebt und der alle anfallenden Leistungen gewährt. Das bedeutet also, dass in einem Einheitssystem viel wenigere Versicherungsanstalten notwendig sind, und dass die Beiträge eines und desselben Versicherten nur einmal für alle Versicherungsfälle berechnet werden müssen. Die einheitliche Beitragserhebung bringt aber nicht nur dem Versicherungsträger grosse Vorteile, sondern auch den Versicherten und Arbeitgebern, weil sie demzufolge nur einen einzigen Beitrag zu zahlen haben und nicht mehrere Beiträge je nach der Zahl der Versicherungszweige[2]).

1) Vergl. auch L. Lang: Rationalisierung der Sozialversicherung. a. a. O. S. 47: „Durch Errichtung der Kreisversicherungsgenossenschaft wird auch einem Bedürfnis der Arbeitgeber abgeholfen. Heute müssen sich die Arbeitgeber mit fünf Trägern abgeben. Jeder berechnet die Beiträge anders. Die Beiträge der Versicherten werden auch bei jedem Träger in anderem Satze erhoben. Das gleiche ist von der Beitragseinziehung zu sagen. Ausserdem setzt jeder Versicherungsträger Misstrauen in den Arbeitgeber und kontrolliert die Bücher. So hat der Arbeitgeber Bücherprüfungen zu erwarten von der Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Landesversicherungsanstalt, Reichsversicherungsanstalt. Daneben prüft das Finanzamt. Welche unproduktive Arbeit von diesen Stellen geleistet wird, die alle dasselbe bezwecken: nachzuprüfen, ob der Arbeitgeber die Löhne richtig angegeben und die Beiträge voll bezahlt hat. Viel leichter und einfacher kann diese Prüfung erfolgen, wenn nur eine Stelle damit befasst wird. Personal, Zeit, Briefwechsel und Belästigungen werden vermieden. Fälle, in welchen Arbeitgeber mit nur 30 Versicherten, 9 verschiedene Krankenkassen und 5 andere Versicherungsträger die ihrigen nennen, werden ausgeschlossen".

Die Versicherten werden auch hinsichtlich der Gewährung der Leistungen Vorteile haben, weil in einem Einheitssystem, alle Sozialversicherungsleistungen durch einen und denselben örtlichen Versicherungsträger gewährt sein werden.

Aus den oben erwähnten Tatsachen folgt eindeutig, dass ein Einheitssystem viel niedrigere Verwaltungskosten als ein Mehrheitssystem hat.

Einen weiteren wesentlichen Vorteil des Einheitssystems gegenüber dem Mehrheitssystem liegt darin, dass die Einrichtung eines Einheitssystems eine viel grössere Zahl von Versicherten umfassen kann als die einzelnen getrennten Einrichtungen eines Mehrheitssystems. Da die Sozialversicherung ausserdem im allgemeinen von dem Gesetz der grossen Zahl abhängig ist, liegt darin eine weitere Bestätigung klar, dass ein einheitliches System vorteilhafter arbeitet als ein Mehrheitssystem.

Die Fonds der Sozialversicherung werden in einem Einheitssystem ebenfalls viel besser und günstiger verteilt werden können, weil die oberste Versicherungsanstalt die gesamten Fonds der Sozialversicherung an einer Stelle sammelt und von dort aus verteilt, während in einem Mehrheitssystem die Fonds der verschiedenen Versicherungszweige getrennt bleiben. Auch die finanzielle Unterstützung (Gemeinlast) der wirtschaftlich schlechter gestellten Versicherungsträger gegenüber den gut situierten wird bei einem Einheitssystem viel besser und vorteilhafter durchgeführt werden können.

Wir finden somit immer wieder bestätigt, dass das Einheitssystem viel günstiger und auch viel billiger als das Mehrheitssystem arbeitet, weil seine ganze Organisation vereinheitlicht, vereinfacht und rationalisiert ist. Ein gutes Beispiel dafür gibt das in Rumänien im Jahre 1933 durchgeführte einheitliche System, welches eine Ersparnis von ungefähr 50 Millionen Lei brachte [1]).

Durch die Vereinheitlichung der Sozialversicherung wird also mit einem Minimum von Ausgaben ein Maximum an Leistungen erreicht, d. h. eine grösstmögliche Leistungsfähigkeit bei möglichst niedrigen Kosten.

1) Vergl. D. R. Ioanițescu: Curs de politică socială, — a. a. O. — S. 230.

Die grosse finanzielle Überlegenheit der Vereinheitlichung der Sozialversicherung hat Lutz Richter, ein wichtiger Vertreter des Einheitssystems, mit folgenden Worten gekennzeichnet: „Der wirtschaftliche Erfolg wird zum Teil nicht unmittelbar in den Rechnungsberichten der Versicherungsträger ersichtlich, liegt vielmehr schon in der Einzelwirtschaft der Versicherungsbeteiligten. Arbeit-, streit- und kostenersparende Vereinfachungsmöglichkeiten bieten sich bei der Abgrenzung des Kreises der Versicherten. Erstrecken alle Zweige der Sozialversicherung sich einheitlich auf denselben Menschenkreis, so fallen die Umständlichkeiten der Versicherungspflicht weg. Der Aufbau der Versicherungsträger ist heute allzuviel gestaltig, und damit kostspielig. Durch Vereinheitlichung und Vereinfachung kann hier erheblich gespart werden. Verbilligungsmöglichkeiten bieten sich auch in Einzelheiten der Verwaltung, die in dieser Schrift beiseite bleiben müssen. Nur auf das Beitragsverfahren sei besonders hingewiesen, das durch Zusammenfassung vereinfacht, und damit wirtschaftlicher gestaltet werden kann. Auch unmittelbar für den Staatshaushalt lassen sich Ersparnisse erzielen, wenn die Zuschüsse zu den Versicherungsaufwendungen wegfallen und der staatliche Behördenaufbau, der Reform der Versicherungsträger folgen, vereinheitlicht und verkleinert wird" [1]).

Am deutlichsten zeigt sich allerdings die Überlegenheit des Einheitssystems in den schadenverhütenden Massnahmen der Sozialversicherung und in dem Bemühen um die Volksgesundheit. Für die möglichst weitgehende Verwirklichung dieser beiden Ziele braucht die Sozialversicherung eine umfassende medizinische Ausrüstung, d. h. modern eingerichtete Krankenhäuser, Heilanstalten und medizinische Einrichtungen und einen gut gebildeten Aerztestand.

Die dafür notwendigen grossen Fonds können am besten und günstigsten von einer grossen Sozialversicherungseinrichtung verfügbar gemacht werden. Da andererseits das Einheitssystem die grösstmögliche Sozialversicherungseinrichtung eines Landes dar-

1) Lutz Richter: Vereinheitlichung der Sozialversicherung, a. a. O. S. 8.

stellt, so ist das Einheitssystem die wirksamste Sozialversicherungseinrichtung zur Erfüllung der oben dargestellten Zwecke.

Eng verbunden mit der Vereinheitlichung der Sozialversicherung innerhalb eines jeden Landes ist auch das Problem der internationalen Vereinfachung und Angleichung der Sozialversicherungseinrichtungen. Hierfür hat sich insbesondere das Internationale Arbeitsamt in Genf kürzlich mit aller Energie eingesetzt [1]).

Für die künftige Gestaltung der Sozialversicherung ist also das Einheitssystem vor allem aus den folgenden beiden Gründen zu empfehlen: Infolge einer einheitlichen und vereinfachten Organisation ist das Einheitssystem das leistungsfähigste Sozialversicherungssystem, denn es erreicht mit einem Minimum an Ausgaben ein Maximum an Leistungen. Beispielsweise betragen in Rumänien die einheitlichen Beiträge nur 6 % der Grundlöhne für die Deckung aller Versicherungsfälle — allerdings mit Ausnahme der Arbeitslosigkeit —, obwohl die Leistungen fast denjenigen, der

---

1) Auf die grosse Bedeutung der internationalen Vereinfachung und Vereinheitlichung der Sozialversicherung und ihre Bedeutung für die Verwirklichung einer sog. „internationalen" Sozialversicherung wurde auch von K. Krzeczkowski schon im Jahre 1923 hingewiesen: „L'internationalisation des assurances sociales n'est donc réalisable qu'après l'établissement de leur base nouvelle. Seule l'unification fournira cette base internationale. Son application sera féconde en resultats et sa portée aussi vaste que celle de certains grands principes de la législation sociale, tels que la journée de huits heures. Une nouvelle structure du monde pourra s'édifier sur ce fondement". Zu diesem Ziel glaubt Krzeczkowski durch die beiden folgenden Wege am besten zu erreichen: „Deux routes peuvent mener au but que nous venons d'indiquer: laisser a quelques pays l'initiative de la réforme et compter sur la force de l'example; ou bien établir des conventions internationales. Ce dernier moyen nous semble le meilleur. Nous sommes persuadé que, dans ce domaine le Bureau international du Travail a un rôle essentiel à jour et qu'il lui appartient, grâce aux moyens d'action dont dispose l'organisation permanente, de contribuer à résoudre la crise dont souffrent actuellement les assurances sociales". K. Krzeczkowski: Les assurances sociales et la législation internationale — I. A. A. — Revue internationale du travail — Novembre 1923. Vol. VIII, Nr. 5, S. 693.

So auch L. Brucker, Muthesius, L. Richter, H. Süss, Die Sozialversicherung. I. Bd. Berlin 1928, S. 75: „Das vom Völkerbund errichtete Internationale Arbeitsamt hat die besondere Aufgabe, ein einheitliches Weltsozialversicherungsrecht zu erwirken".

anderen Länder gleichkommen, die viel höhere Gesamtbeiträge erheben.

Zweitens ist die Vereinheitlichung im Interesse einer erwünschten „internationalen" Sozialversicherung zu befürworten. Wird die Vereinheitlichung in allen Ländern restlos durchgeführt, so wird die Sozialversicherung von einer nationalen zu einer internationalen Einrichtung. Alle Sozialversicherungsanstalten werden zusammen, als Schutzanstalten der gesamten Arbeiterschaft angesehen werden können, die immer bereit sein werden, diejenigen Personen zu unterstützen, die unter dem Druck der Arbeitslosigkeit in andere Länder auswandern, um sich Arbeit zu suchen.

Wenn die Leistungen und die Gestaltung aller Sozialversicherungssysteme der verschiedenen Länder einander ähnlich sein werden, so wird es auch sehr bald möglich sein, internationale Übereinkommen zwischen den verschiedenen Ländern hinsichtlich der Sozialversicherung abzuschliessen. In diesem Augenblick werden die betreffenden Länder neben der sicherlich sehr wichtigen medizinischen Aufrüstung eine zweite noch wichtigere Aufrüstung durch die Sozialversicherung gewinnen, nämlich: eine moralische Aufrüstung der arbeitenden Massen. Und die physische und moralische Gesundheit eines Volkes waren wohl immer die Grundpfeiler für den Aufstieg und die Fortentwicklung aller Nationen.

Auch die Arbeitnehmer, bezw. Versicherten finden in einem Einheitssystem den grösstmöglichen Vorteil, indem sie durch die Zahlung nur eines Beitrages an eine einzige Einrichtung gegen alle Versicherungsfälle versichert werden. So werden die Versicherten im Falle eines Einheitssystems durch eine einzige einheitliche Sozialversicherungseinrichtung von ihrer Geburt bis zu ihrem Tode betreut und unterstützt. D. R. Ioanițescu schreibt in diesem Sinne über das rumänische Einheitssystem: „Die Sozialversicherung betreut den Arbeitnehmer von seiner Geburt bis zum Tode. Sobald der Lehrling in eine Werkstatt oder Fabrik eingetreten ist, wird er als „Kind" der Sozialversicherungseinrichtung berücksichtigt. Er wird zu Lasten seines Arbeitgebers obligatorisch versichert. Nachdem der Lehrling Arbeitnehmer geworden ist, wird er auf seinem eigenen Konto versichert. Der Beitrag wird nicht mehr von seinem Arbeitgeber allein entrichtet, sondern nun-

mehr von den beiden. Erkrankt der Arbeitnehmer oder wird er invalide infolge von Krankheit oder Unfall, so bekommt er bis zu seiner vollständigen Heilung „Krankenpflege", „Krankengeld" bis zur 26. Woche oder eine „Rente" im Falle eines Unfalls, einer Invalidität oder wegen seines Alters. Stirbt der Versicherte, so erhalten seine Frau und Kinder neben den „Bestattungskosten" auch „Hinterbliebenenrente". Sogar die Eltern des Versicherten haben Anspruch auf Renten, wenn sie beim Tode des Versicherten von diesem unterhalten wurden" [1]).

Überblicken wir noch einmal die Entwicklung und die soziale Bedeutung der modernen obligatorischen Sozialversicherung für Werktätige aller Industriestaaten, so glauben wir keine bessere Würdigung dieses sozialen Hilfswerks geben zu können, als uns den Worten von Grinda anzuschliessen: „Die Sozialversicherung ist ein Mythus, sie ist eine neue Religion der arbeitenden Massen" [2]).

---

1) D. R. Ioaniţescu: Curs de politică socială, a. a. O. S. 233.

2) Grinda: Rapport fait au nom de la commission d'assurance et de pévoyance sociale chargée d'examiner le projet de loi sur les assurances sociales, Nr. 5505. Chambre de Députés, session de 1923. Paris 1923.

LITERATUR.

Deutsche Schriften.

Addicks, A.: Die Schadenverhütung in der deutschen Sozialversicherung. Leipzig 1931.

Albrecht, G.: Grundfragen der Sozialversicherung. Berlin 1929.

— Sozialversicherung oder Zwangssparkasse Münster 1931.

Bäumer, W.: Die Krankenversicherung, jetzt ein Fluch, umgestaltet ein Segen für das Volk. München 1930.

Bernhard, L.: Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik. Berlin 1912.

Bödiker: Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten Leipzig 1895.

— Beitrag zur Geschichte der Arbeiterversicherung in Deutschland. Berlin 1902.

Boesler, F.: Sozialetat und soziale Belastung. Berlin 1931.

v. d. Borght, R.: Die soziale Bedeutung der deutschen Arbeiterversicherung. Festgabe für Johannes Conrad. Jena 1898. S. 183 ff.

— Grundzüge der Sozialpolitik. 2. Auflage. Leipzig 1923. S. 323 ff.

Branchart: Zur Frage der Belastung der deutschen Industrie durch die Arbeiterversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 14. Berlin 1914. S. 475 ff.

Brentano, Lujo: Die Arbeiterversicherung, gemäss der heutigen Wirtschaftsordnung. Leipzig 1879.

— Der Arbeiterversicherungszwang, seine Voraussetzungen und seine Folgen. Berlin 1881.

Briefs: Die volkswirtschaftliche Bewertung der Sozialversicherung. Die deutsche Sozialversicherung seit 1914. Essen 1929.

Brucker L., Muthesius, Lutz Richter, H. Süss: Die Sozialversicherung. Berlin 1928. 6 Bände.

Brucker, L.: Die deutsche Sozialversicherung am Scheidewege. Stuttgart 1933.

Brunn: Der Friedensvertrag und die deutsche Sozialversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 20. Berlin 1920. S. 127 ff.

Conrad, J.: Grundriss zum Studium der politischen Ökonomie. II. Teil. Volkswirtschatspolitik. 11. Aufl. Jena 1930. bearbeitet von A. Hesse. S. 448 ff.

Dersch, H.: Die Sozialversicherung. Berlin 1927.

— Das neue Angestelltenversicherungsgesetz. 3. Aufl. Mannheim 1926.

Düttmann u. Bülow: Die Entwicklung der deutschen Sozialversicherung. Düsseldorf 1926.

Eckert-Hartmann: Handbuch der Reichsversicherung, 1925—1926. Berlin 1926.

Egger, Alois: Die Belastung der deutschen Wirtschaft durch die Sozialversicherung. Jena 1929.

Festgabe für Alfred Manes: Berlin 1927.

Festgabe für Grieser: Wiederaufbau und Wirken der deutschen Sozialversicherung. München 1928

Finkenrath, K.: Die französische Sozialversicherung. Archiv für soziale Hygiene. Jahrgang 1930. V. Bd. Heft 1.

— Die Kassenarztfrage im In- und Auslande. 1927.

Friedensburg, F.: Die Praxis der deutschen Arbeiterversicherung. Zeitschrift für Politik. 4. Bd. Berlin 1911. S. 329 ff.

Goldmann u. Grotjahn: Die Leistungen der deutschen Krankenversicherung im Lichte der sozialen Hygiene. Berlin 1928.

Grieser, A.: Die gegenwärtigen Probleme der Sozialversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 26. Berlin 1926. S. 141 ff.

— Internationale Einigung über Probleme der Sozialversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswiss. Bd. 25. Berlin 1925.

— Formen und Grenzen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Zeitschrift Soziale Praxis. Berlin 1925. S. 404 ff.

Hahn-Kühne: Handbuch der Krankenversicherung. Berlin 1929.

Hanauer: Die sozialhygienischen Leistungen der deutschen Arbeiter- und Angestelltenversicherung im Kriege und ihre Zukunftsaufgaben. Berlin 1920.

Hartz, G.: Irrwege der deutschen Sozialpolitik und der Weg zur sozialen Freiheit. Berlin 1928.

Hellpach, W.: Rentenhysterie. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 8. Berlin 1908. S. 268 ff.

Herkner, H.: Die Arbeiterfrage. Bd. 1. 8. Aufl. Berlin und Leipzig 1922. S. 378 ff.

— Arbeitslosenversicherung durch die Berufsgenossenschaften. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 4. Berlin 1904. S. 287 ff.

Heyde, L.: Abriss der Sozialpolitik. 8. Aufl. Leipzig 1933. S. 102 ff.

Hirsch, M.: Die gegenseitigen Hilfskassen und die Gesetzgebung. Stuttgart 1876.

Hitze: Zur Würdigung der deutschen Arbeiter-Sozialpolitik. 1913.

Hold: Die internationale Sozialversicherung an der Vierteljahrhundertwende. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 26, Berlin 1926. S. 12 ff.

Horneffer, E.: Frevel am Volk. Gedanken zur deutschen Sozialpolitik. 2. Aufl. Leipzig 1930.

Jacobi: Die Träger der Sozialversicherung und ihre Angehörigen. Leipzig 1916.

Kaskel, W.: Entwicklungstendenzen der deutschen Sozialversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 22. Berlin 1922. S. 89 ff.

— Die Entwicklung der formellen Versicherung. Festgabe für A. Manes, Berlin 1927. S. 248 ff.

Kaskel u. Sitzler: Grundriss des sozialen Versicherungsrechts. Berlin 1921.

Kaufmann, P. Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung. 3. Aufl. Berlin 1914.

— Sozialversicherung oder Staatsbürgerversorgung. Zeitschr. für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 24, Berlin 1924. S. 1 ff.

— Zur Umgestaltung der deutschen Sozialversicherung. Berlin 1924.

Kleeis, F.: Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland. Berlin-Lichterfelde 1928.

— Die Neugestaltung der Versicherung. Berlin 1921.

Knoll, E.: Der Neuaufbau der Sozialversicherung. Stuttgart-Berlin 1934.

Kreil, Dr.: Sozialversicherung und Wirtschaft. Berlin 1928.

Kumpmann, K.: Die Arbeitslosigkeit und ihre Bekämpfung. Tübbingen 1920.

— Art. Arbeitslosigkeit und Arbeitslosenversicherung. Handwörterbuch der Staatswissenschaften. 4. Aufl. Jena 1923. S. 791 ff.

Lang, L.: Rationalisierung der Sozialversicherung. Stuttgart 1929.

Lass u. Zahn: Einrichtung und Wirkung der deutschen Arbeiterversicherung. Berlin 1904.

Lederer, E.: Sozialversicherung im Grundriss der Sozialökonomik. IX. Abt., II. Teil. Tübbingen 1927.

Lehfeldt: Reform der Arbeitslosenversicherung in Grossbritannien und Deutschland. Soziale Praxis, Jena 1931. S. 1206 ff.

Lehmann: Neuordnung der Sozialversicherung. Berlin 1922.

— Ärzte und Krankenkassen. 4. Aufl. Berlin 1930.

Liek, E.: Die Schäden der sozialen Versicherungen, und Wege zur Besserung. 2. Aufl. München 1928.

Manes, A.: Versicherungswesen. Bd. I. Allgemeine Versicherungslehre. 5. Aufl. Leipzig und Berlin 1930: Bd. III. Personenversicherung. (B. Sozialversicherung). Leipzig und Berlin 1932.

— Sozialversicherung. 7. Aufl. 1928. Sammlung Göschen.

— Art. Sozialversicherung. Wörterbuch der Volkswirtschaft. 5. Bd. 4. Aufl. Jena 1933. S. 370 ff.

— Art. Arbeitslosenversicherung. Wörterbuch der Volkswirtschaft. Bd. 1. 4. Aufl. Jena 1931. S. 166 ff.

— Die Leistungen der Sozialversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 25. Berlin 1925. S. 266 ff.

— Sieg der Sozialversicherung über die Staatsbürgerversorgung in Australien. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswiss. Bd. 26. Berlin 1926. S. 221 ff.

Manes u. Stein: Die Sozialversicherung im Völkerrecht. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd 29. Berlin 1929 S. 266 ff.

Moldenhauer, P.: Das Versicherungswesen. 2 Bände. Sammlung Göschen 4. Aufl. Berlin und Leipzig 1925.

— Art. Sozialversicherung. Handwörterbuch der Staatswissenschaften. Ergänzungsband. 4. Aufl. Jena 1929. S. 818 ff.

— Versicherungs- oder Versorgungsprinzip in der deutschen Sozialversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 22. Berlin 1922. S. 177 ff.

— Sozialversicherung und Wirtschaft. Festgabe für Grieser. München 1928.

— Die Stellung des Arbeitgebers in der deutschen Sozialversicherung. Festgabe für Manes. Berlin 1927. S. 238 ff.

— Internationale Sozialpolitik. Vortrag. Leipzig 1927.

— Internationale Fortschritte der Sozialversicherung. Vorträge. Hannover 1912.

— Grundsätzliches zur Krise in der Sozialversicherung. Ärztliche Mitteilungen. Heft 24. Leipzig 1931.

— Die Versicherung der Arbeitslosen. Mainz 1912.

— Die Notwendigkeit eines wirksamen Schutzes der Arbeitslosen und die Frage der Arbeitslosenversicherung. Berlin 1914.

Oppenheim, H. B.: Die Hilfs- und Versicherungskassen der arbeitenden Klassen. Berlin 1875.

Potthoff: Wer trägt die Kosten der sozialen Versicherung? Schriften des Vereins für Sozialpolitik. 137. Bd. 4. Teil, 5.

Pribram, K.: Die Verteilung der finanziellen Lasten in der Sozialversicherung. Festgabe für Schanz. Tübbingen 1928. Bd. I. S. 212 ff.

— Die Probleme der internationalen Sozialpolitik. Leipzig 1927.

v. Phillippovich, E.: Grundriss der politischen Ökonomie. 1. Bd. Allg. Volkswirtschaftslehre. 19. Aufl. Tübbingen 1926. S. 420 ff.

Rawicz, E.: Die deutsche Sozialpolitik im Spiegel der Statistik. M. Glabdach 1929.

Reichsarbeitsministerium: Denkschrift über die Sozialversicherung. Berlin 1925.

— Deutsche Sozialpolitik 1918—1928. Berlin 1929.

Reichsversicherungsamt: Die deutsche Arbeiterversicherung als soziale Einrichtung. 3. Aufl. Berlin 1906.

— Das Reichsversicherungsamt und die deutsche Arbeiterversicherung. Festschrift. Berlin 1910.

— Leitfaden der deutschen Sozialversicherung. Berlin 1930.

Reutti: Neuorientierung in der Sozialversicherung. Berlin 1932.

Richter, Lutz: Sozialversicherungsrecht. Berlin 1931.

— Vereinheitlichung der Sozialversicherung. Berlin 1931.

— Zum Aufbau der Sozialversicherung. Leipzig 1934.

— Grundriss der Reichsversicherung. Stuttgart-Berlin 1935.

Rosin, H.: Das Recht der Arbeiterversicherung. 2 Bände. Berlin 1893 und 1905.

Schäffer, H.: Art. Arbeiterversicherung. Internationales Handwörterbuch für Gewerkschaftswesen. 1930.

— Verwaltungsprobleme im Bereich des sozialen Versicherungswesens. Stuttgart 1930.

Schäffle, A.: Der korporative Hülfskassenzwang. 2. Ausgabe hülfskassen. Tübbingen 1884.

— Vereinigter Versicherungs- und Spardienst bei Zwangshilfskassen. Tübbingen 1884.

Schirbel: Geschichte der sozialen Krankenversicherung vom Altertum bis zur Gegenwart. Bd. I, Berlin 1929.

Schmalz: Die deutsche Sozialversicherung während des Weltkrieges. Diss. Erlangen 1930.

Schmittmann, B.: Die Sozialversicherung, Heft 1. Die Grundlagen der Sozialversicherung. 4. Aufl. Düsseldorf 1926.

— Art. Sozialversicherung. Handwörterbuch der Staatswissenschaften. Bd. VII, 4. Aufl. Jena 1926. S. 622 ff.

— Sozialpolitik und Wohlfahrtspflege. Stuttgart 1931.

— Ausbau in der Sozialversicherung zu Elternschafts- und Wohnversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 17, Berlin 1917.

Schmoller, G.: Grundriss der allgemeinen Volkswirtschaftslehre. 2. Teil. 3. Buch. S. 400 ff. München und Leipzig 1919.

— Die soziale Frage. München und Leipzig 1918. 2. Buch. 2. Kap. S. 326 ff.

Schoenlank, L.: Das Versicherungsprinzip und das Fürsorgeprinzip in der deutschen Sozialversicherung. Berlin 1933.

Schoenbaum, E.: Zur Frage der Sozialversicherung im zwischenstaatlichen Verkehr. Festgabe für Manes. Berlin 1927. S. 311 ff.

Schulz u. Eckert: Grundzüge der deutschen Sozialversicherung. Im Auftrage des Reichsarbeitsminsteriums. 24. Sonderheft zum Reichsarbeitsblatt. Berlin 1922.

Schulz: Die deutsche Sozialversicherung. 3. Aufl. Berlin 1929.

— Die Selbstverwaltung der Krankenkassen im Rahmen der Demokratie. Der deutsche Krankenkassenbeamte. Berlin 1931. S. 229 ff.

Schweiger, Paula: Sozialversicherung und Wirtschaftsablauf Diss. München 1928.

Siegrist, A.: Probleme der deutschen Sozialversicherung. Berlin 1927.

Sombart, W.: Die gewerbliche Arbeiterfrage. Sammlung Göschen. 1904 und 1912.

Stegerwald: Sozialversicherung und Volkswirtschaft. Zentralblatt der christl. Gewerkschaften Deutschlands. Berlin 1926. S. 208 ff.

Stein, O.: Ein Welt-Sozialversicherungsrecht im Aufbau. Festgabe für Manes. Berlin 1927. S. 224 ff.

— Die Rationalisierung der Sozialversicherung in internationaler Betrachtung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 30. Berlin 1930. S. 249 ff.

Stier-Somlo: Deutsche Sozialgesetzgebung. Geschichtliche Grundlagen. Jena 1906.

Strassert, H.: Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Diss. Berlin 1932.

Trode E.: Sozialversicherungslehre. 2. Aufl. Stuttgart (Kohlhammer) 1934.

Versicherungslexikon: Herausgegeben von A. Manes. 2. Aufl. Berlin 1924. 3. Aufl. Berlin 1930.

Wagner, Adolf: Der Staat und das Versicherungswesen, 1881.

— Art. Versicherungswesen in Schönbergs Handbuch der politischen Ökonomie. Bd. 2, 4. Aufl. Tübbingen 1898.

Wagner, M.: Die deutsche Arbeiterversicherung, ihre Entstehung und Weiterentwicklung. Berlin 1906.

v. Waldheim, H.: Das Versicherungswesen in seiner Entwicklung mit besonderer Berücksichtigung der Sozialversicherung. Berlin 1929.

— Zeitgemässe Reformen der deutschen Sozialversicherung in historischer und wirtschaftlicher Beleuchtung. Berlin 1930.

Weber, Adolf: Grundlagen und Grenzen der Sozialpolitik. Bd. 182 der Schriften des Vereins für Sozialpolitik. München 1931.

Weber, H.: Gegenwartsfragen der deutschen Sozialversicherung. Heft 9 der Münchener Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Abhandlungen. München 1930.

Weddigen, W.: Sozialpolitik. Eine Einführung in ihre Theorie und Praxis. Jena 1933. S. 222 ff.

— Grundfragen der Sozialversicherungsreform. Jena 1931.

— Begriff und Wesen der deutschen Sozialversicherung. Ärztliche Mitteilungen. Jahrgang 1932.

Wilbrandt, R.: Zur Kritik der Sozialversicherung in Deutschland; in Le Assicurazioni Sociali: Publication officielle de la Caisse nationale des assurances sociales. Anno VII, Nr. 3. Supplèment. Rom 1931. S. 49 ff.

Wischer, F.: Die Sozialversicherung im neuen Staat. Berlin 1934.

Wissel, R.: Die Geschichte der deutschen Sozialversicherung in „Die Reichsversicherung". I. Jahrgang 1927. S. 138 ff., 2. Jahrgang 1928. Heft 7, S. 217 ff., Heft 8, S. 253 ff.

Wörner, G.: Allgemeine Versicherungslehre. 3. Aufl. Leipzig 1920.

— Sachleistung oder Geldleistung als Leistungsprinzip der Sozialversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 23. Berlin 1923. S. 291 ff.

— Unfallverhütung als Teil der Betriebsrationalisierung. Festgabe für Manes. Berlin 1927, S. 113 ff.

Wunderlich, F.: Der Kampf um die Sozialversicherung. Berlin 1930.

— Versicherung, Fürsorge und Krisenrisiko. 1932.

Zacher, G.: Die Arbeiterversicherung im Auslande. 5 Bände. Berlin 1898—1907.

Zahn, F.: Die wissenschaftlichen Ansichten über das soziale Versicherungswesen. Festgabe für Schmoller. Teil 2, München 1908. S. 2 ff.

— Die Wirkung der deutschen Sozialversicherung. München 1915.

— Belastung durch die deutsche Arbeiterversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 12. Berlin 1912. S. 1127 ff.

— Familie und Versicherung. Festgabe für Manes. Berlin 1927. S. 65 ff.

— Familienversicherung in der internationalen Sozialpolitik. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 30. Berlin 1930. S. 43 ff.

Zschucke, Dr.: Sozialversicherungsrecht, Heerschild-Verlag. München-Berlin.

v. Zwiedineck-Südenhorst: Sozialpolitik. Leipzig 1911. S. 377 ff.

— Die Bedeutung der Sozialversicherung im Wandel der Wirtschaftsentwicklung in „Die Betriebskrankenkasse". XXI. Jahrgang. Nr. 17. Sept. 1928. S. 193 ff.

— Simulation und Rentenhysterie bei der Reform der sozialen Versicherung. Zeitschr. für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 6. Berlin 1906. S. 20 ff.

— Morbiditätsstatistik in der Krankenkassenverwaltung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Bd. 29. Berlin 1929. Heft 1.

Zeitschriften.

Ärztliche Mitteilungen. Leipzig.

Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts. Berlin 1885-1927.

Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, seit 1927.

Der Arbeitgeber. Berlin.

Die Arbeiterversorgung. Berlin.

Die Reichsversicherung. München.

Gewerkschaftszeitung. Berlin.

Internationale Rundschau der Arbeit. Berlin.

Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung. Berlin.

Reichsarbeitsblatt. Berlin.

Reichsgesetzblatt. Berlin.

Soziale Praxis. Berlin.

Volkstümliche Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung. Berlin.

Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Berlin.

Zentralblatt für Reichsversicherung und Reichsversorgung. Stuttgart.

Bulletin des assurances sociales. Paris.

Bulletin du ministère du travail. Paris.

Internationale Zeitschrift für Sozialversicherung. Prag.

Internationales Jahrbuch für Sozialpolitik. Herausgegeben vom Internationalen Arbeitsamt in Genf.

Le Assicurazioni Sociali. Rom.

Revue internationale du travail, herausgegeben vom Internationalen Arbeitsamt. Genf.

Studien und Berichte des Internationalen Arbeitsamtes. Reihe M. Genf, seit 1924.

Werke des Internationalen Arbeitsamtes in Genf:

1. Reihe M — Sozialversicherung.

Nr. 1. Les problèmes généraux de l'assurance sociale. Genève 1925.
Nr. 2. La réparation des accidents du travail. Analyse comparative des législations nationales. Genève 1925.
Nr. 3. La réparation des maladies professionnelles. Analyse comparative des législations nationales. Genf 1925.
Nr. 3. L'assurance maladie. Analyse comparative des législations nationales. Genève 1925.
Nr. 5. La réparation des accidents du travail aux Etats-Unis. Genève 1926.
Nr. 8. Les prestations de l'assurance — maladie allemande du point pe vue de l'hygiène sociale. Genève 1928.
Nr. 9. Pensions non contributives. Genève 1933.
Nr. 10. L'assurance invalidité — vieillesse — déces obligatoire. Genève 1933.
Nr. 11. Les services sociaux. Genève 1933.
Nr. 12. L'organisation internationale du travail et les assurances sociales. Genève 1936.
Nr. 13. Les services sociaux en 1933. Vol. I, Genève 1936.

Assurance — chômage et diverses formes d'assistance aux chômeurs Conférence internationale du travail. Dix — septième session. Genève 1933.

2. Revue international du travail.

K. Krzeczkowski: Les assurances sociales et la législation internationale. Vol. VIII, Nr. 5, Novembre 1923. S. 687 ff.
E. Liedstrand: Les assurances sociales en Suède. Vol. IX. Nr. 2, Février 1924.
J. Ferdinand-Dreyfus: Les régimes financiers de l'assurance sociale. Vol. X. Nr. 4, Octobre 1924. S. 610 ff.
H. Korkisch: Les ressources financières de l'assurance sociale. Vol. X. Nr. 6, Decembre 1924. S. 965 ff.
R. Freund: Le problème de la réorganisation des assurances ouvrières en Allemagne. Vol. XI. Nr. 1. Janvier 1925. S. 1 ff.
K. Pribram: Le problème de l'unification des assurances sociales. Vol. XI. Nr. 3. Mars 1925.
L. Winter: La nouvelle loi tchechoslovaque sur les assurances sociales. Vol. XI. Nr. 4. Avril 1925.
J. L. Cohen: Les organes administratifs de l'assurance sociale. Vol. XI. Nr. 4. Avril 1925.
A. Manes: Les prestations de l'assurance sociale. Vol. XI. Nr. 5. Mai 1925.
L'organisation internationale du travail et les assurances sociales. Vol. XI. Nr. 6. Juin 1925. S. 805 ff.
Kovrig: La réforme de l'assurance sociale en Hongrie. Novembre 1929.

A. Abramson: La réorganisation des institutions d'assurances sociales en U. R. S. S., Vol. XXXI. Nr. 3. Mars 1933. S. 389 ff.

K. K. Steincke: La réforme de l'assurance et de l'assistance sociale au Danemark. Vol. XXXI. Nr. 3. Mai 1933. S. 638 ff.

Die Internationalen Jahrbücher für Sozialpolitik, erscheinen jährlich.

Ausländische Schriften.

Angelescu, I. N.: Asigurările sociale in statele moderne. Bucureşti 1931.

— Asigurările sociale; studiu de legislaţie internaţională în Buletinul statistic al României. 1911.

— Asigurările sociale în agricultură — în Buletinul statistic al României. 1911.

— Introducerea asigurărilor sociale în Anglia; în Viaţa Românească 1912.

Argeşeanu, I.: Date cu privire la sarcinile financiare ale asigurării de pensii potrivit legii de unificare. Bucureşti 1933.

Bellom, E.: Les lois d'assurance ouvrière à l'étranger. 10 Vol. 1892—1909.

Beveridge, Sir W.: Insurance for all and Everything. London 1924.

— The past and present of unemployment insurance. London 1930.

Capitant, H.: Les retraites ouvrières, 1899.

Capitant, H. et Paul Cuche: Précis de législation industrielle. Librairie Dalloz. 3. Aufl. Paris 1933. S. 420 ff.

Chauveau: Les assurances sociales, 1926.

Cohen, J.: Insurance against unemployment. London 1921.

— Workmen's compensation in Great Britain. London 1923.

— Family income insurance. London 1926; und auch in Festgabe für Manes-Berlin 1927. S. 98 ff.

Cohen, P.: The british system of social insurance. London 1932.

Dawson, W. H.: Social insurance in Germany 1883—1911. Its history, operation, results and a comparison with the National Insurance Act. 1911. London 1912.

Fay, C. R.: Great Britain from Adam Smith to the present day. London 1932.

Fuster, E.: Les charges de l'assurance: ouvriers allemands et ouvriers anglais. Bulletin des assurances sociales 1912. S. 68 ff.

Gide, Ch.: Economie sociale. S. 337 ff.

Gordon, A.: Social insurance, 1924.

Grandjacques, H.: Les tendances internationales de l'assurance sociale. Première édition du code international de l'assurance sociale. Paris 1930.

Grinda, E.: Rapport fait au nom de la commission d'assurance et de prévoyance sociale chargée d'examiner le projet de loi sur les

assurances sociales. Chambre de Députés, session de 1923. Nr. 3303. Paris 1923.

Ioanițescu, D. R.: Renașterea meseriilor. București 1931. S. 274 ff.

— Curs de politică socială. Editura Muguri. București 1934. S. 209 ff.

— Discurs ținut la senat cu ocazia depunerii proectului de lege pentru unificarea asigurărilor sociale — în Legea pentru unificarea asigurărilor sociale cu expunerea de motive și desbaterile parlamentare. București 1933.

Korkisch, H.: Die neuere Entwicklung der sozialen Versicherung in der tschechoslowakischen Republik. Prag 1929.

Lloyd George: The people's insurance. London 1911.

Manuel pratique des assurances sociales. Commentaire et texte des lois de 1928—1930. Comité central des assurances sociales. 3-e édition. Paris 1930.

Morgan, G.: Public relief of sickness. London 1923.

Pic, Paul: Traité élémentaire de législation industrielle. Paris 1933. S. 1003 ff.

— Les assurances sociales en France et a l'étranger. Paris 1913.

Rubinow, I. M.: Social Insurance. With special reference to american conditions. London 1913.

Shadwell, A.: Industrial Efficiency of England, Germany and America. London 1906; in deutscher Ausgabe. Berlin 1908. S. 367 ff.

Silvermann, H. A.: The economics of social problems. An introduction to social economics. 2nd edition. London 1928. S. 273 ff.

Strauss: Les bienfaits des assurances sociales pour la sante publique. Revue philantropique. Décembre 1929 et Janvier 1930.

Tissier, T.: Closset P. usw. Traité des assurances sociales. Paris 1931.

Webb, Sidney and Beatrice: The prevention of destitution. London 1910.

Lebenslauf.

Als einziger Sohn des Professors D. R. JOANITESCU, Minister a. D., wurde ich, DIMITRIE JOANITESCU, am 20. April 1914 in Bukarest (Rumänien) geboren. In Bukarest besuchte ich nach vierjähriger Volksschulzeit das Gymnasium „SPIRU HARET". Im Juni 1931 bestand ich das rumänische „Bakkalaureat". Von Oktober 1931 bis Juni 1934 war ich Student der „CAMBRIDGE-UNIVERSITY" in England und hörte Vorlesungen bei den Herren Professoren ALSTON, BURNS, CLARK, DOBBS, EVANS, FAY, GUILLEBAUD, KAHN, KEYNES, PIGOU, ROBINSON, ROBERTSON, THATCHER. Während dieses dreijährigen wirtschaftswissenschaftlichen Studiums bestand ich den „Tripos in Economics Part I and Part II" und erwarb den Titel „Bachelor of Arts (Honours)".

Sodann kehrte ich nach Rumänien zurück und legte auf Grund des in England erworbenen Diploms in der Juristischen Fakultät der Universität Bukarest eine weitere Prüfung ab. Auf Grund der bestandenen Prüfung wurde mir das englische Diplom als gleichwertig anerkannt zur Führung des Lizenztitels in den Rechtswissenschaften.

Im Oktober 1934 wurde ich an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin immatrikuliert und hörte Vorlesungen bei den Herren Professoren von DIETZE, von GOTTL-OTTLILIENFELD, HARMS, HARTMANN, HARTUNG, JESSEN, MOLDENHAUER, PRION, RUHL, SOMBART, SPRANGER, UEBERSBERGER, WAGNER.